

Kvalita života uživatelů domova pro osoby se zdravotním postižením „Srdce v domě“

Sylva Fabičovicová, DiS.

Bakalářská práce
2010



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav pedagogických věd
akademický rok: 2009/2010

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Sylva GARČICOVÁ**
Studijní program: **B 7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Kvalita života uživatelů domova pro osoby se zdravotním postižením "Srdce v domě"**

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury a zpracování teoretické části práce
Klíčové pojmy práce a jejich rozbor
Stanovení cíle výzkumu, výzkumného problému
Údaje o výzkumném souboru
Volba metod výzkumu
Provedení výzkumu
Zpracování získaných dat a vyhodnocení výzkumu
Přijetí odpovídajících závěrů

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

KREJČÍŘOVÁ, O. Kapitoly ze speciální pedagogiky. 1. vyd. Praha: Eteria, 2002. ISBN 80-238-8729-7.

MATOUŠEK, O. Ústavní péče. 2. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství SLON, 1999. ISBN 80-85850-76-1.

MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. Sociální práce v praxi. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.

ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, I. Mentální retardace. 3. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-060-7.

VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe. 1. vyd. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2002. ISBN 80-86552-45-4.

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Hana Včelařová

Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce:

10. února 2010

Termín odevzdání bakalářské práce:

7. května 2010

Ve Zlíně dne 10. února 2010

prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSoc.
děkan



Mgr. Soňa Vávrová, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 7.5.2010

..... Fabiánová

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Tato bakalářská práce se zabývá kvalitou života uživatelů domova pro osoby se zdravotním postižením „Srdce v domě“. Cílem této práce je přiblížit veřejnosti problematiku kvality života lidí s mentálním postižením v ústavním zařízení a zkvalitnění služeb v domově pro osoby se zdravotním postižením „Srdce v domě“ na základě získaných názorů od samotných uživatelů s mentálním postižením, žijících v tomto domově.

V teoretické části se opírám o poznatky z odborné literatury, která se věnuje problematice mentálního postižení obecně. Dále podhaluji pojem ústavní péče, kvalita života a následně seznamuji s domovem pro osoby se zdravotním postižením „Srdce v domě“. Výzkumnou částí mé práce se snažím postihnout, jak vnímají samotní uživatelé život v domově „Srdce v domě“.

Klíčová slova: mentální postižení, domov pro osoby se zdravotním postižením, kvalita života, ústavní zařízení, ústavní péče

ABSTRACT

This thesis looks at the quality of life of disabled individuals living in an institution called „Heart at Home“. The aim of the thesis is to bring the general public closer to the problems of life of people with mental disabilities living in an institutional establishment and the improvement of services for the disabled in the institution, based on the opinions acquired from the mentally disabled users themselves.

In the theory section, I am relying on the evidence from an expert literature, based on problems of mental disability in general. Further, I uncover the term institution care, the quality of life, followed by the introduction of the home for people with a health disability „Heart at Home“. In the research part of my thesis, I try to find how the actual inhabitants perceive the life in the home „Heart at Home“.

Keywords: mental disability, a home for people with health disability, quality of life, institutional establishment, institutional care

Poděkování

Za odborné vedení a cenné rady bych chtěla poděkovat vedoucí mé bakalářské práce paní Haně Včelařové.

Motto

„Člověk s postižením má stejné potřeby jako zdravý člověk. První z nich je být uznán a milován takový, jaký je.“

sestra Michele Pascale Duriezová

OBSAH

| | |
|---|-----------|
| ÚVOD | 10 |
| I TEORETICKÁ ČÁST | 12 |
| 1 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ (RETARDACE) | 13 |
| 1.1 DEFINICE POJMU MENTÁLNÍ RETARDACE | 13 |
| 1.2 PŘÍČINY VZNIKU MENTÁLNÍ RETARDACE | 14 |
| 1.2.1 Genetická podmíněnost mentální retardace | 14 |
| 1.2.2 Exogenní faktory vzniku mentální retardace..... | 14 |
| 1.2.2.1 Teratogenní faktory vzniku mentální retardace | 14 |
| 1.2.2.2 Postnatální faktory vzniku mentální retardace..... | 14 |
| 1.3 KLASIFIKACE MENTÁLNÍHO POSTIŽENÍ | 15 |
| 1.3.1 Lehká mentální retardace (IQ 50 – 69)..... | 15 |
| 1.3.2 Středně těžká mentální retardace (IQ 35 – 49)..... | 16 |
| 1.3.3 Těžká mentální retardace (IQ 20 – 34)..... | 17 |
| 1.3.4 Hluboká mentální retardace (IQ nižší než 20)..... | 18 |
| 1.3.5 Jiná mentální retardace..... | 19 |
| 1.3.6 Nespecifikovaná mentální retardace | 19 |
| 1.4 VÝSKYT MENTÁLNÍHO POSTIŽENÍ V POPULACI..... | 19 |
| 2 SOCIALIZACE MENTÁLNĚ POSTIŽENÝCH OSOB | 20 |
| 2.1 STUPNĚ SOCIALIZACE | 21 |
| 2.1.1 Integrace | 21 |
| 2.1.2 Adaptace..... | 21 |
| 2.1.3 Utilita..... | 21 |
| 2.1.4 Inferiorita..... | 22 |
| 2.2 PROBLÉMY PŘI SOCIALIZACI OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM..... | 22 |
| 3 DŘÍVĚJŠÍ A SOUČASNÉ POJETÍ ÚSTAVNÍ PÉČE | 23 |
| 3.1 FUNKCE ÚSTAVNÍ PÉČE..... | 23 |
| 3.2 DEFINICE ÚSTAVU SOCIÁLNÍ PÉČE..... | 24 |
| 4 PŘECHOD OD ÚSTAVU K DOMOVU | 25 |
| 4.1 ZMĚNY V LEGISLATIVĚ | 25 |
| 4.2 CHARAKTERISTIKA DOMOVA PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM..... | 26 |
| 4.3 PŘÍNOS ZMĚNY LEGISLATIVY PRO KLIENTY S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM..... | 27 |
| 5 KVALITA ŽIVOTA | 28 |
| 5.1 POJEM KVALITA ŽIVOTA | 28 |
| 5.2 CO URČUJE KVALITU ŽIVOTA | 28 |
| 5.3 STANDARDSY KVALITY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB..... | 29 |
| 5.4 KVALITA ŽIVOTA V DOMOVECH PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM | 30 |
| 5.4.1 Kvalita života a Inspekce poskytování sociálních služeb..... | 30 |

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 6 | DOMOV PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM „SRDCE V DOMĚ“ | 31 |
| 6.1 | HISTORIE DOMOVA „SRDCE V DOMĚ“ | 31 |
| 6.2 | POSLÁNÍ A CÍLE DOMOVA „SRDCE V DOMĚ“ | 32 |
| 6.3 | ZPŮSOB ŽIVOTA V DOMOVĚ „SRDCE V DOMĚ“ | 32 |
| II | PRAKTICKÁ ČÁST | 34 |
| 7 | METODOLOGIE VÝZKUMU..... | 35 |
| 7.1 | CÍL VÝZKUMU | 35 |
| 7.2 | VYMEZENÍ VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU..... | 35 |
| 7.3 | METODY VÝZKUMU..... | 36 |
| 7.3.1 | Kvalitativní výzkum..... | 36 |
| 7.4 | VÝZKUMNÁ JEDNOTKA..... | 36 |
| 7.4.1 | Strategie výběru..... | 36 |
| 7.4.2 | Představení respondentů..... | 37 |
| 7.5 | PRŮBĚH VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ, SBĚR DAT | 37 |
| 7.6 | ZÁKLADNÍ SCÉNÁŘ POLOSTRUKTUROVANÉHO ROZHOVORU | 38 |
| 7.6.1 | Způsob zpracování dat | 40 |
| 8 | PREZENTACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU..... | 41 |
| 8.1 | ZPRACOVÁNÍ ROZHOVORŮ | 41 |
| 8.2 | ZOBECNĚNÉ ZÁVĚRY VYPLÝVAJÍCÍ Z ROZHOVORŮ | 57 |
| | ZÁVĚR | 60 |
| | SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY | 62 |
| | SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK | 64 |
| | SEZNAM PŘÍLOH..... | 65 |

ÚVOD

Rok 2007 se stal z hlediska poskytování služeb sociální péče v České republice rokem zlomovým. Do této doby fungoval systém služeb sociální péče podle legislativy z osmdesátých let minulého století, která prošla mnohými novelizacemi. Od 1. 1. 2007 vešel v účinnost zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách, který přinesl do oblasti poskytování sociálních služeb mnoho změn. Dá se říci, že jsme se konečně přiblížili v této oblasti západnímu světu.

Zákon sice začal platit, ovšem jeho vnesení do praxe a další fungování nebylo a není zcela jednoduché. Všichni registrovaní poskytovatelé sociálních služeb se jím musí řídit, jenže někde se změny zavádějí snáze a rychleji a jinde se poskytovatelé potýkají s mnohými překážkami. Ať už jsou to překážky v nedostatku kvalifikovaných zaměstnanců nebo malá ochota v přijímání změn ze strany zaměstnanců či strach a obavy ze změn ze strany klientů, uživatelů sociálních služeb.

Jedním z druhů poskytovaných sociálních služeb je služba Domov pro osoby se zdravotním postižením, která nahrazuje dřívější Ústav sociální péče. Tato služba je poskytována lidem, kteří mají z důvodu zdravotního postižení sníženou soběstačnost a potřebují pomoc jiné fyzické osoby. Člověk s postižením, který není soběstačný a nemá žádného příbuzného, který by o něj pečoval, se zpravidla dostává do této sociální služby.

Zákon už nerozděluje, zda jde o domovy pro osoby tělesně nebo mentálně postižené. Každý domov pro osoby se zdravotním postižením má možnost si sám určit svoji cílovou skupinu, které bude služby poskytovat, čímž tedy definuje, pro koho je konkrétní domov určen. Většina domovů poskytuje služby jedné skupině postižených, ale vyskytují se i takové domovy, které se nebrání i klientům s kombinovaným postižením.

V této práci bych se chtěla zaměřit na osoby s mentálním postižením a na kvalitu jejich života právě v domovech pro osoby se zdravotním postižením. Lidé s mentálním postižením byli a jsou součástí naší společnosti a rozhodně by se na to nemělo zapomínat. Jejich handicap sice nemusí být na první pohled znát, často ale potřebují intenzivní péči a to nejen v oblasti obsluhy, ale také při každodenních úkonech ve společnosti.

V úvodu této práce popíši, co to je mentální postižení a uvedu jeho klasifikaci a výskyt v populaci. Dále se zaměřím na socializaci mentálně postižených osob a na problémy s ní spojené. Chtěla bych také přiblížit život v ústavním zařízení, ať už ten, který byl dříve, protože většina společnosti neměla tušení, že ústavy sociální péče existují nebo ten, který je dnes. Objasním zejména to, jak fungují dnešní domovy pro osoby se zdravotním postižením, na co mají

jejich uživatelé právo a co jim změna legislativy přinesla. Dále se zaměřím na kvalitu života obecně, co ji určuje, na kvalitu života v domovech pro osoby se zdravotním postižením, přiblížím Standardy kvality sociálních služeb a Inspekci poskytování sociálních služeb. V závěru teoretické části představím domov „Srdce v domě“, který je jedním z registrovaných domovů pro osoby se zdravotním postižením v České republice. Přiblížím jeho historii i současnost.

Praktickou část práce zaměřím na výzkum kvality života v domově pro osoby se zdravotním postižením „Srdce v domě“, konkrétně na to, jak ji hodnotí samotní uživatelé této sociální služby. Provedu kvalitativní výzkum pomocí polostrukturovaného rozhovoru, jehož cílem bude získat názory na kvalitu života od uživatelů s mentálním postižením, žijících v domově pro osoby se zdravotním postižením „Srdce v domě“, které by mohli přispět ke zkvalitnění poskytovaných služeb v tomto domově.

Přestože se ještě setkáváme s výrazem mentální retardace např. v MKN – 10, používá se dnes spíše pojem mentální postižení a praktikuje se oslovení „lidé s mentálním postižením“. Pro účely této práce budu tedy používat termíny „mentální postižení“ a „mentální retardace“ jako synonyma.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ (RETARDACE)

Dříve, než se začneme zabývat kvalitou života mentálně postižených lidí, je nutné uvést, co to vlastně mentální postižení je, jak vzniká, jak se klasifikuje a kolik mentálně postižených lidí mezi námi žije. Zjistíme, kolika lidí se toto téma týká bezprostředně a kolik dalších lidí je s mentálně postiženými spjato, ať už v rodinném, vrstevnickém nebo pracovním vztahu.

1.1 Definice pojmu mentální retardace

Vlastní termín mentální retardace pochází z lat. *mens*, 2. p. *mentis* = mysl, *retardare* = zdržet, zaostávat, *retardatio* = zdržení, omeškání a byl zaveden ve třicátých letech 20. století Americkou společností pro mentální deficienci. (Kozáková, 2005)

„Mentální retardace je jev nesmírně složitý vzhledem k celé řadě faktorů, kterými může být determinován, proto stanovení definice je spojeno se značnými těžkostmi. Z toho důvodu existuje v současnosti v naší i světové literatuře řada definic.“ (Kysučan, 1986, s. 14)

„Za mentální postižení jedince se považuje, pokud u něj dochází k zaostávání vývoje rozumových schopností, k odlišnému vývoji některých psychických vlastností a k poruchám v adaptačních schopnostech.“ (Švarcová – Slabinová, 2006, s. 28)

Míra postižení jednotlivých funkcí může být individuálně odlišná, stejně tak hloubka postižení může být různá. Každý člověk s mentálním postižením je svébytná osobnost s charakteristickými osobními rysy, přesto se však u většiny z nich projevují společné znaky.

„Příčinou mentálního retardace je organické poškození mozku, které vzniká v důsledku strukturálního poškození mozkových buněk nebo abnormálního vývoje mozku.“ (Švarcová – Slabinová, 2006, s. 28)

Dalším znakem mentální retardace je trvalost porušení poznávací činnosti. Jde o trvalý stav způsobený neodstranitelnou nedostatečností nebo poškozením mozku. Nejedná se o přechodné porušení, které po krátké době zase samo odezní. (Švarcová – Slabinová, 2006)

Švarcová - Slabinová rozlišuje podle vývojového období, v němž k postižení mentálních schopností dojde:

- a. oligofrenii – považuje se za opoždění duševního vývoje v období prenatálním, perinatálním nebo časně postnatálním
- b. demenci – považuje se za důsledek poškození mozku v průběhu života člověka, zpravidla po dovršení druhého roku věku

„Naopak za mentálně postižené se nepovažují ti jedinci, u nichž došlo k zaostávání vývoje rozumových schopností z jiných důvodů, než je poškození mozku, a jejichž psychické procesy probíhají normálním způsobem (např. děti výchovně zanedbané, děti nebo i dospělí s vážnými emočními poruchami nebo děti se závažným smyslovým postižením, které nebylo včas rozpoznáno a způsobilo zpoždění psychického vývoje). Tyto případy připomínající mentální retardaci někteří autoři označují za pseudooligofrenii.“ (Švarcová – Slabinová, 2006, s. 29)

1.2 Příčiny vzniku mentální retardace

Příčinou vzniku mentální retardace je postižení CNS, jehož původem může být jak porucha genetických dispozic, tak nejrůznější exogenní faktory, které poškodí mozek v jeho rané fázi vývoje.

1.2.1 Genetická podmíněnost mentální retardace

Mentální retardace může být geneticky podmíněna a jejím základem je buď porucha struktury nebo porucha funkce genetického aparátu. Někdy jde též o syndrom, jehož hlavním příznakem je mentální retardace (např. Downův syndrom, syndrom lomivého X). (Vágnerová, 2004)

1.2.2 Exogenní faktory vzniku mentální retardace

1.2.2.1 Teratogenní faktory vzniku mentální retardace

Jedná se o faktory prenatální a perinatální, které mohou negativně ovlivnit závěrečný vývoj plodu a mohou být příčinou vzniku mentální retardace. Poškozují normální vývoj dítěte a působí prostřednictvím organismu matky, který je primárním prostředím plodu. Jsou to faktory fyzikální (např. ionizující záření, poškození při porodu mechanickým stlačením hlavičky, nedostatek kyslíku při porodu), faktory chemické (např. některé léky, alkohol a jiné drogy) a faktory biologické (např. virové a mikrobiální). (Vágnerová, 2004)

1.2.2.2 Postnatální faktory vzniku mentální retardace

Mezi postnatální faktory vzniku poškození mozku se řadí zánětlivá onemocnění, úraz, otrava apod., ale pouze vzniklá do 1,5 – 2 let dítěte. V tomto období je velmi obtížné odlišit primární postižení CNS od později vzniklé stagnace vývoje.

1.3 Klasifikace mentálního postižení

Mentální retardace představuje snížení úrovně rozumových schopností, které psychologie označuje inteligencí. Nejznámějším vyjádřením úrovně inteligence je inteligenční kvocient (dále IQ), který zavedl W. Stern a vyjadřuje vztah mezi dosaženým výkonem v úlohách odpovídající určitému vývojovému stupni (mentální věk) a mezi věkem chronologickým. (Švarcová - Slabinová 2006)

$$IQ = \frac{\text{mentální věk}}{\text{chronologický věk}} \times 100$$

Ke klasifikaci mentální retardace se v současné době používá 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN – 10), kterou zpracovala Světová zdravotnická organizace (WHO) a vstoupila v platnost v roce 1992. Podle ní se mentální retardace dělí na šest základních kategorií: lehká mentální retardace (F70), středně těžká mentální retardace (F71), těžká mentální retardace (F72), hluboká mentální retardace (F73), jiná mentální retardace (F78) a nespecifikovaná mentální retardace (F79).

1.3.1 Lehká mentální retardace (IQ 50 – 69)

Lidé s lehkým mentálním postižením jsou opožděni nebo zpomalení zejména v psychomotorickém vývoji. Nápadnější problémy se začínají vyskytovat mezi třetím až šestým rokem a to v oblasti slovní zásoby, vývoje řeči a komunikativních dovedností, obsahové chudosti, nedostatečné zvědavosti a vynalézavosti, stereotypů ve hře. Hlavní obtíže se vyskytují zejména při začátku školní docházky. Děti s lehkou mentální retardací mívají konkrétní mechanické myšlení a slabší paměť, jemná i hrubá motorika bývá lehce opožděna, objevuje se také porucha pohybové koordinace, která během dospívání může dosáhnout normy. (Procházková, 1998) V dospělosti lidé s lehkou mentální retardací dovedou uvažovat v nejlepším případě na úrovni dětí středního školního věku. Respektují základní pravidla logiky, ale nejsou schopni myslet abstraktně. Jejich verbální projev je jednodušší, užívají kratších vět a jejich výslovnost nebývá zcela bezchybná. (Vágnerová, 2004)

Tito jedinci jsou schopni užívat řeč účelně v každodenním životě a udržovat konverzaci, i když si mluvení osvojují opožděně. Většina těchto osob také dosáhne nezávislosti v osobní péči a

v praktických domácích dovednostech. Hlavní obtíže se u nich většinou projeví při teoretické práci ve škole, mnozí také mají specifické problémy se čtením a psaním. Většinu jedinců na horní hranici lehké mentální retardace lze zaměstnat prací, která vyžaduje spíše praktické schopnosti než teoretické. (Švarcová-Slabinová, 2006)

V sociokulturním kontextu nemusí lehký stupeň mentální retardace působit žádné větší problémy. Důsledky postižení se však mohou projevit, pokud je jedinec emočně a sociálně nezralý (např. není schopen vyrovnat se s požadavky manželství nebo výchovy dětí, nedokáže samostatně řešit problémy plynoucí z nezávislého života). (Švarcová-Slabinová, 2006)

U lidí s lehkou mentální retardací se mohou někdy projevit i přidružené chorobné stavy, jako je autismus, epilepsie, poruchy chování nebo tělesná postižení. (Švarcová-Slabinová, 2006)

Procházková (1998) udává výskyt lidí s lehkou mentální retardací v celkovém počtu mentálně retardovaných na 80%.

V dnešní době se zřídka setkáváme s tím, že by lidé s lehkou mentální retardací byli umísťováni do ústavních zařízení. Existuje totiž velké množství alternativních služeb a také se projevuje větší snaha o jejich integraci do běžné společnosti. Jedinci s lehkou mentální retardací jsou schopni začlenit se do běžného života a velmi často žijí samostatně. Pokud jsou uživateli domovů pro osoby se zdravotním postižením, zpravidla jde o lidi, kteří žijí v ústavním zařízení už několik desítek let a v podstatě jiný život ani neznají.

1.3.2 Středně těžká mentální retardace (IQ 35 – 49)

Osoby se středně těžkou mentální retardací jsou výrazně opožděny v rozvoji chápání a užívání řeči, i jejich konečné schopnosti v této oblasti jsou sníženy. Podobně omezeny jsou i jejich schopnosti starat se samy o sebe a jejich zručnost. Základy čtení, psaní a počítání jsou někteří z nich schopni se naučit při kvalifikovaném pedagogickém vedení. (Švarcová-Slabinová, 2006)

V dospělosti dosahuje uvažování jedinců se středně těžkou mentální retardací většinou myšlení předškolního dítěte, které nerespektuje vždy pravidla logiky. (Vágnerová, 2004)

Dospělé osoby se střední retardací jsou obvykle schopny vykonávat jednoduchou manuální práci, která je strukturována a vedena pod dohledem. Většina z nich není schopna samostatného života, avšak prokazují vývoj schopností k navazování kontaktu a ke komunikaci s druhými. (Švarcová-Slabinová, 2006)

Verbální projev bývá chudý, agramatický a špatně artikulovaný a učení probíhá za pomoci mechanického podmiňování. K zapamatování čehokoli je potřeba časté opakování. (Vágnerová, 2004)

V této skupině jsou však velké rozdíly mezi jedinci a jejich schopnostmi. Někteří jedinci dosahují vyšší úrovně v dovednostech senzorio-motorických, jiní zase ve verbálních schopnostech. (Švarcová-Slabinová, 2006)

U některých lidí se středně těžkým mentálním postižením se mohou vyskytovat projevy připomínající některou z poruch autistického spektra. Často se vyskytují tělesná postižení a epilepsie, někdy také psychiatrická onemocnění. (Švarcová-Slabinová, 2006)

Procházková (1998) udává výskyt lidí se středně těžkou mentální retardací v celkovém počtu mentálně retardovaných asi na 12%.

S lidmi se středně těžkou mentální retardací se setkáváme v ústavních zařízeních zcela jistě častěji, než s lidmi s lehkou mentální retardací. Ovšem ani jedinec se středně těžkou mentální retardací nemusí být nutně umístěn do domova pro osoby se zdravotním postižením. Tito jedinci jsou většinou schopni žít běžným způsobem života za podpory alternativní služby, např. chráněného bydlení či asistence. Domov pro osoby se zdravotním postižením často snižuje jejich schopnosti a u klientů může dojít až k tzv. hospitalismu (stav dobré adaptace na umělé ústavní podmínky doprovázeny snižující se schopností adaptace na neústavní, „civilní“ život).

1.3.3 Těžká mentální retardace (IQ 20 – 34)

Těžká mentální retardace je v mnohém podobná se středně těžkou, pokud jde o klinický obraz, přítomnost organické etiologie a přidružené stavy. Snížená úroveň schopností je však v této skupině mnohem výraznější. (Švarcová-Slabinová, 2006)

Již v předškolním věku je znát výrazné opoždění psychomotorického vývoje a to ve značné pohybové neobratnosti a dlouhodobém osvojování koordinace pohybů. (Procházková, 1998)

„I když možnosti výchovy a vzdělávání těchto osob jsou značně omezené, zkušenosti ukazují, že včasná systematická a dostatečně kvalifikovaná rehabilitační, výchovná a vzdělávací péče může významně přispět k rozvoji jejich motoriky, rozumových schopností, komunikačních dovedností, jejich samostatnosti a celkovému zlepšení kvality jejich života.“ (Švarcová – Slabinová, 2006, s. 35)

V dospělosti jsou lidé s těžkou mentální retardací schopni chápat jen základní souvislosti a vztahy a dá se říci, že uvažují na úrovni batolete. (Vágnerová, 1998)

Jejich učení je značně limitováno a vyžaduje dlouhodobé úsilí, ale jsou schopni se naučit základní úkony sebeobsluhy a plnění několika pokynů. Omezení je zřejmé i ve verbálním projevu, naučí se nanejvýš jen několik špatně artikulovaných slovních výrazů, které navíc používají nepřesně, resp. generalizovaně nebo nemluví vůbec. (Vágnerová, 1998)

U lidí s těžkou mentální retardací jde často o kombinaci postižení. Mnozí z nich mají postižení i motoriku, trpí epilepsií apod. (Vágnerová, 2004)

Podle Procházkové (1998) je výskyt lidí s těžkou mentální retardací v populaci mentálně retardovaných 7%.

Pro osoby s těžkou mentální retardací je domov pro osoby se zdravotním postižením častým typem domova. Uživatelé s tímto druhem retardace zde mají kvalifikovanější péči než v domácím prostředí, přesto zde také nutně nemusí žít. Jedinec s těžkou mentální retardací není schopen samostatného života a je zcela jistě odkázán na pomoc jiné osoby. Pokud je touto osobou člen rodiny, zpravidla je život postiženého kvalitnější, co se týká citových a rodinných vztahů, ale velmi často není tak kvalitní, co se týká speciální péče a možnosti terapií.

1.3.4 Hluboká mentální retardace (IQ nižší než 20)

Osoby postižené hlubokou mentální retardací jsou velmi těžce omezeni ve schopnosti porozumět požadavkům nebo jim vyhovět. Většina osob ani nechodí nebo je omezena v pohybu. Většinou nemají schopnost pečovat o své základní potřeby a potřebují stálou pomoc a dohled. Výchova a vzdělávání jsou velmi omezené. (Švarcová-Slabinová, 2006)

Často jde o kombinované postižení. Poznávací schopnosti se téměř nerozvíjejí, tito lidé jsou nanejvýš schopni diferencovat známé a neznámé podněty a reagovat na ně libostí či nelibostí. Nejsou schopni si vytvořit ani základy řeči. (Vágnerová, 2004)

Běžně se u nich objevují těžké neurologické nebo jiné tělesné nedostatky postihující hybnost, epilepsie, poškození zraku či sluchu a atypický autismus. (Švarcová-Slabinová, 2006)

Lidé s hlubokou mentální retardací tvoří podle Procházkové (1998) 1% populace mentálně retardovaných.

Jsou celkově závislí na péči jiných osob a obvykle bývají umístováni do ústavních zařízení. Péče o ně je totiž pro rodinné příslušníky zpravidla velmi náročná. Kvalitu života je v případě

lidí s hlubokou mentální retardací těžké zjistit. Jedince můžeme pouze pozorovat a z jeho reakcí usuzovat, s čím je spokojen a s čím nikoli.

1.3.5 Jiná mentální retardace

Tato kategorie mentální retardace se používá pouze tehdy, pokud je přidruženo nějaké senzorycké nebo somatické poškození a z tohoto důvodu je pak stanovení intelektové retardace za pomoci obvyklých metod zvláště nesnadné. (Švarcová-Slabinová, 2006)

1.3.6 Nespecifikovaná mentální retardace

Tato kategorie se uvádí pouze tehdy, pokud je mentální retardace prokázána, ale k zařazení do některé ze shora uvedených kategorií znemožňuje nedostatek informací. (Švarcová-Slabinová, 2006)

1.4 Výskyt mentálního postižení v populaci

Průměrně je udáván počet osob s mentálním postižením zhruba 3-4%. Statistické údaje hovoří o přibližně 300 tis. osob v ČR a celosvětově se udává přibližně 200 milionů osob. Pokud se jedná o četnost osob s mentální retardací v jednotlivých stupních, platí zde, čím hlubší postižení, tím nižší četnost. S lehkou mentální retardací se v populaci vyskytuje asi 2,6% osob, se středně těžkou mentální retardací 0,4% osob, s těžkou 0,3% a s hlubokou 0,2% osob. (Valenta, Müller, 2003)

2 SOCIALIZACE MENTÁLNĚ POSTIŽENÝCH OSOB

Socializací mentálně postižených lidí se zde zabýváme proto, abychom si uvědomili, jak těžké, ale zároveň důležité, je začleňování mentálně postižených lidí do společnosti.

Socializace osobnosti je vlastně proces učení. Zakládá se na tom, že si člověk osvojuje určitý systém poznatků, norem a hodnot, které mu umožňují začlenit se do určité společnosti. Vede k postupné přeměně člověka od bytosti biologické v bytost lidskou a to vlivem sociálního prostředí, ve kterém se pohybuje. Socializace, neboli zespolečnění, má v podstatě charakter sociálního učení a jde o proces celoživotní a ontogenetický. (Černoušková, 1989)

Je také procesem utváření kultivace osobnosti. Současně se vznikáním osobnosti totiž dochází k osvojování kultury a začleňování individua do systému společenských vztahů.

Také u osob s mentálním postižením probíhá proces socializace celý život a má velmi konkrétní charakter. „Mezi aktivitami, kterými se mentálně retardovaný subjekt ve společnosti projevuje, má nesporně rozhodující význam pracovní činnost, která je současně i zdrojem jeho dalšího vývoje.“ (Kysučan, 1990, s. 7)

Pro co nejjednodušší socializaci mentálně postižených osob je důležité co nejranější podchytení mentální retardace a využití všech možností – výchovných, vzdělávacích, léčebných atd. (Krejčířová, 2002) Pokud k tomuto nedojde, je mentálně postižená osoba ohrožena sociální exkluzí.

K tomu, aby lidé s mentálním postižením nebyli ze společnosti vyčleňováni, musí být předpoklad, že se ve společnosti budou pohybovat a společnost si jich bude všímat.

Jen pouhá přítomnost lidí s postižením mezi lidmi bez postižení ovšem nestačí. Lidem s mentálním postižením musí být poskytnuto kvalitní vzdělávání, kde budou co nejvíce rozvíjet své schopnosti a dovednosti, díky kterým se pak snadněji zapojí do společnosti. Budou schopni komunikovat a navazovat kontakty s lidmi bez postižení.

„Stejně důležitým krokem k integraci je i osvětové působení na většinovou společnost, informování o možnostech těchto lidí, o tom, v čem potřebují pomoci a co mohou zvládnout sami. Cílem osvěty je změnit pohled veřejnosti na lidi s postižením tak, aby je chápala jako spoluobčany, s nimiž se dá žít a komunikovat.“ (Matoušek, Kolářková, Kodymová, 2005, s. 114)

2.1 Stupně socializace

„Schopnost socializace je nepochybně multifaktoriální, podílejí se na ní předpoklady určité sociální skupiny, řada individuálních odlišností každého jedince i objektivní aspekty dané stavem společnosti. Z toho vyplývá, že míra socializace není a pochopitelně nikdy nebude u všech postižených jedinců stejná. Proto rozlišujeme čtyři základní stupně socializačního procesu.“ (Novosad, 2006, s. 18)

2.1.1 Integrace

Integrace je nejvyšší stupeň socializace u osob s postižením. Integrací se rozumí plné začlenění a splynutí postiženého jedince se společností. Integrovaný jedinec je plně samostatný, nezávislý na ostatních a nevyžaduje žádné zvláštní ohledy nebo přístupy ze strany společenského prostředí. Postižení a jeho následky dokáže adekvátně kompenzovat a je schopen plnit všechny funkce, vyplývající z plné socializace. Integrovaný jedinec je rovnoprávným partnerem ve všech běžných oblastech života, jak v oblastech profesní přípravy nebo pracovního uplatnění, tak i společenského života. Integraci lze předpokládat např. u opožděných nebo zanedbaných dětí a u lehčích forem postižení.

2.1.2 Adaptace

Adaptace je o něco nižší stupeň socializace než integrace. Jedná se o schopnost handicapovaného člověka přizpůsobovat se sociálnímu prostředí a jeho podmínkám. Záleží přitom na osobnosti, schopnostech a potřebách postiženého člověka, na tom, jak se dovede včlenit mezi ostatní zdravé i postižené lidi, aby byl akceptován. Adaptace může dosáhnout jedinec s těžším stupněm postižení, jako jsou smyslové vady, s autismem nebo s lehkou mentální retardací.

2.1.3 Utilita

Utilita je nižší stupeň socializace než adaptace a tímto pojmem se označuje již jen sociální upotřebitelnost osoby s postižením, jejíž vývoj je značně omezen. Jedná se zejména o osoby s kombinovanými vadami. Takový člověk je téměř nesamostatný a v mnoha životních oblastech se musí spoléhat na pomoc jiných lidí. I přes veškerou terapeutickou péči se takový jedinec nemůže zcela socializovat a trvale nemůže žít samostatně.

2.1.4 Inferiorita

Inferioritou se rozumí nejnižší stupeň socializace. Typickým rysem tohoto stupně je sociální vyčlenění (izolace) ze společnosti. Lidé patřící do této skupiny jsou naprosto nesamostatní a potřebují neustálou pomoc při uspokojování základních životních potřeb.

V případě prvních tří stupňů socializace se jedná o určitou poruchu sociálních vztahů, avšak u inferiority se nevytváří sociální vztahy vůbec, a proto dochází k vyloučení (segregaci) ze společnosti.

Tyto stupně a důsledky postižení nelze posuzovat pouze podle tabulkových hledisek, ale je možné, že dva jedinci se stejným typem postižení nemusejí dosáhnout stejného stupně socializace.

„V procesu socializace je také často významný problém *sociální izolace*, jenž zvýšeně ohrožuje právě handicapované jedince. [...] Jedním z nástrojů překonání sociální izolace je multikulturní výchova, jejímž cílem je napomáhat porozumění, komunikaci a vzájemnému akceptování identity, hodnot, kultury a postojů mezi majoritní skupinou (společností) a minoritními sociálními skupinami, mezi které patří nejen etnické skupiny (rasy, národnostní menšiny), ale také staří a zdravotně i sociálně handicapovaní jedinci.“ (Novosad, 2006, s. 20)

2.2 Problémy při socializaci osob s mentálním postižením

Jak je uvedeno výše, k zapojení osob s mentálním postižením do společnosti musí být poskytnuto kvalitní vzdělávání. Právě ve škole však dochází velmi často k různým problémům. Dítě s handicapem bývá zařazeno do nějaké formální kategorie handicapu a dostává tak určitou „nálepku“, která je srozumitelná pro širokou veřejnost. Používání „nálepek“ může dětem s handicapem při vstupu do školy výrazně zkomplikovat proces začleňování.

Užívání „nálepek“ může některé lidi také vést k tomu, že jedince s handicapem začnou příliš ochraňovat před ostatními vrstevníky. Je třeba si uvědomovat, že přílišným ochraňováním a pečováním můžeme v dítěti s postižením vzbuzovat pocit podceňování jeho výkonu. Tito jedinci by měli mít stejné možnosti jako jejich vrstevníci a neměli by být znevýhodňováni.

3 DŘÍVĚJŠÍ A SOUČASNÉ POJETÍ ÚSTAVNÍ PÉČE

Ještě než se začneme zabývat ústavní péčí poskytovanou lidem s mentálním postižením, objasníme si obecné pojetí ústavní péče.

Koncem 19. a počátkem 20. století dochází v pojetí ústavní péče ke změně. Ústavy, sloužící dříve pouze k vylučování lidí ze společnosti, se nyní orientují také na potřeby klientů. Slouží jako ochrana klientů před nároky vnějšího světa a vzniká tak „svět ve světě“, kde platí normy, hodnoty a pravidla odlišná od reálného vnějšího světa. (Mühlpachr, 2001)

Většina ústavů byla u nás založena v poválečné době, kdy byl vytvořen organizační systém ústavní péče, který jasně stanovil kritéria k zařazení jednotlivce do ústavu ať už zdravotního, sociálního nebo výchovného charakteru. Změny ve společnosti po roce 1989 přinesli zcela odlišnou ideologii v rámci ústavní péče, avšak instituce ústavu jako taková i nadále zůstává. (Mühlpachr, 2001)

3.1 Funkce ústavní péče

„Funkce ústavů můžeme nahlížet z perspektivy zájmů společnosti nebo z hlediska individua. V některých případech se oba zájmy shodují, jindy se různí. Jestliže se různí, obvykle je to zájem společnosti, který dostává přednost, a klientovy možnosti volby se zužují.“ (Matoušek, 1999, s. 21)

Hlavní funkce ústavů dělí Matoušek do tří skupin:

- a. *Podpora a péče.* Tato funkce je v popředí v ústavních zařízeních, která poskytují náhradu za nefunkční či chybějící rodinu ať už dětem nebo lidem s mentálním či fyzickým postižením. V zařízeních poskytujících tuto funkci je nahrazováno chybějící zájmem a péčí, bez nichž by se klient nemohl obejít. Kdyby neexistovala zařízení s tímto typem funkce, kvalita života jejich klientů by byla nepřiměřeně nízká, někteří z klientů by nebyli schopni v běžných podmínkách vůbec přežít.
- b. *Léčba, výchova a resocializace.* Tato funkce je v popředí v zařízeních, která usilují o změnu stavu. Předpokládá se, že klient opustí ústav v lepším stavu, než v jakém do něj přišel.
- c. *Omezení, vyloučení a represe.* Tato funkce je v popředí v ústavních zařízeních s nedobrovolnými pobyty. Kdyby tato zařízení neexistovala, byla by společnost ohrožena.

3.2 Definice ústavu sociální péče

Ústavem sociální péče se do roku 2007 nazývalo zařízení pobytového typu pro lidi s mentálním postižením, ve kterém skupina profesionálních zaměstnanců pečovala o skupinu mentálně hendikepovaných lidí. Pro klienty byl ústav sociální péče dočasnou nebo trvalou náhradou domova, avšak personál zde byl zaměstnán jako v jakékoli jiné organizaci.

V ústavech sociální péče žili lidé ve věku od 4 let do několika desítek let a velká většina až do své smrti. Většina ústavů byla přeplněná, v ložnicích spolu žilo dvakrát i třikrát více svěřenců, než tomu bylo ve srovnatelných evropských zařízeních. Někde spolu bylo ubytováno deset i více klientů v jednom pokoji a klienti postrádali své soukromí a navzájem se rušili.

Některé ústavy sociální péče byly určeny výhradně pro ženy a jiné pouze pro muže. Vyskytovaly se však i ústavy smíšeného typu, kde žili lidé obou pohlaví, což je považováno za mnohem přirozenější způsob života. Muži i ženy spolu mohou komunikovat i navazovat přátelství či hlubší vztahy. Obavy z problémů sexuální povahy se ukázaly jako neopodstatněné.

V ústavech sociální péče pracují pedagogové, sociální pracovníci a fyzioterapeuti jako kvalifikovaný personál. Externě s nimi spolupracují psychologové a lékaři. Část personálu však často nemá odbornou kvalifikaci a pochází z žen, bydlících v okolí ústavu.

Jedním z rizik ústavní péče je, že personál má vždycky mocenskou převahu a je vždycky v pokušení ji zneužít, zejména jsou-li klienty děti, mladiství, lidé s mentálním postižením, velmi nemocní nebo staří lidé. (Matoušek, 1999)

4 PŘECHOD OD ÚSTAVU K DOMOVU

S novými trendy ve světě a se změnami legislativy v systému sociálních služeb u nás přichází i změna v pojmenování ústavů. Od dřívějšího pojmenování ústav se opouští a přechází se na pojmenování domov. Tyto domovy se dále zaměřují na různé typy sociálních skupin.

„Světové trendy v péči o lidi s mentálním postižením přinášejí odklon od institucionální péče poskytované ve velkých zařízeních a směřují k humánnějším formám péče zajišťované v zařízeních rodinného typu.“ (Švarcová – Slabinová, 2006, s. 163)

Tak jako v západních zemích, také u nás se ústavní péče vyvíjí a transformuje. Zásadní změnou byla změna legislativy v roce 2007, kdy vešel v účinnost zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách.

„Zákon přinesl naprosto zásadní změnu v systému sociální péče. Opustil dosavadní praxi paternalisticko-direktivního modelu a vytvořil prostředí pro rozvoj vztahů mezi poskytovateli sociálních služeb a jejich klienty (uživateli), založený na rovnoprávnosti, dobrovolnosti, důsledně individuálním přístupu, na úsilí o nevyčleňování adresátů sociálních služeb z přirozeného prostředí a ze společnosti [...].“ (Čámský, Krutilová, Sembdner, Sladký, 2008, s. 16)

Přijetím zákona o sociálních službách zaniká pojem Ústav sociální péče a nahrazuje jej pojem Domov pro osoby se zdravotním postižením. Základní funkce domova pro osoby se zdravotním postižením však zůstávají stejné, jako byly funkce ústavu sociální péče.

4.1 Změny v legislativě

„V samotném zákoně 108/2006 Sb. se setkáváme s několika zcela novými instituty. Jsou to: příspěvek na péči, registrace poskytovatele, fyzické osoby jako poskytovatelé sociálních služeb, smlouva o poskytování soc. služeb, Standardy kvality sociálních služeb, Inspekce poskytování soc. služeb.“ (Čámský, Krutilová, Sembdner, Sladký, 2008, s. 17)

Zásadní změnou po přijetí zákona o sociálních službách je poskytování různých sociálních služeb, které tento zákon nabízí a poskytování pomoci prostřednictvím výplaty příspěvku na péči.

Sociální služby podle §32 zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách zahrnují:

- a) sociální poradenství,
- b) služby sociální péče,

c) služby sociální prevence.

Tyto služby mohou být poskytovány formou terénní, ambulantní nebo pobytovou. Terénní forma poskytování služby je taková, která se poskytuje uživateli v jeho přirozeném prostředí. Ambulantní formou se rozumí služba, za kterou uživatel dochází do zařízení, poskytující sociální služby. A pobytovou službou je služba spojená s ubytováním v zařízení sociálních služeb.

Sociální služby mohou nově poskytovat jen ty instituce, které získají oprávnění k poskytování sociálních služeb a to rozhodnutím o registraci služby. K získání registrace je přitom nutné, aby instituce splňovala velké množství podmínek, které jsou ustanoveny v zákonu o sociálních službách. Pokud tedy zařízení splní podmínky k rozhodnutí udělení registrace, stane se poskytovatelem sociální služby, popř. více sociálních služeb.

Těmto poskytovatelům sociálních služeb ze zákona 108/2006 Sb. vyplývá mnoho povinností, které je nutné dodržovat. Jednou z těchto povinností, která je zcela nová jak pro poskytovatele, tak pro uživatele služeb, je plánování průběhu poskytování sociální služby podle osobních cílů, potřeb a schopností klienta, vedení individuálních písemných záznamů o tomto plánování a hodnocení průběhu poskytování sociální služby za účasti klienta, je-li to možné, s ohledem na jeho zdravotní stav a druh poskytované služby. Dalšími z povinností, o kterých je nutné se zmínit, je povinnost dodržování standardů kvality sociálních služeb a uzavření smlouvy o poskytnutí sociální služby s osobou, která do zařízení vstupuje. Tato smlouva se s klientem uzavírá písemnou formou, v určitých případech, které zákon též stanoví, lze smlouvu uzavřít i ústně.

4.2 Charakteristika domova pro osoby se zdravotním postižením

Domov pro osoby se zdravotním postižením je podle zákona 108/2006 Sb. druhem sociální služby. „V domovech pro osoby se zdravotním postižením se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost, z důvodu zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Služba obsahuje tyto základní činnosti: poskytnutí ubytování, stravy, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatnění práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.“ (Zákon č. 108/2006 Sb. § 48)

4.3 Přínos změny legislativy pro klienty s mentálním postižením

Změna legislativy přináší klientům mnoho nového a pozitivního. Významnou změnou pro klienty s mentálním postižením je jistě již zmíněné plánování průběhu služby, jehož součástí je i individuální plánování, týkající se klienta a jeho přání či cílů. Zásadní změnou je ovšem zkvalitňování péče prostřednictvím zavedení a dodržování standardů kvality sociálních služeb, kterým se budu věnovat podrobněji v další kapitole.

V ústavech sociální péče šlo spíše o poskytování materiálního zaopatření, zdravotní péče a rehabilitace, zatímco domovy by měly klientům přinášet nové možnosti, např. rozvoj schopností klienta a posilování sebevědomí, snahu o integraci, kultivování bydlení, minimalizování zdravotní péče, učení klientů, že mají svá práva, zprostředkovávání pracovních či aktivizačních terapií.

5 KVALITA ŽIVOTA

Nyní se dostáváme ke klíčovému pojmu a tím je kvalita života obecně a co ji určuje. Na obecnou rovinu kvality života pak navazuje kvalita života v domovech pro osoby se zdravotním postižením.

5.1 Pojem kvalita života

„Pojem kvalita života nebyl původně vědeckým pojmem. Objevil se v šedesátých letech 20. století jako pojem metaforický. [...] Teprve později se z něj postupně stával pojem vědecký, který se rozvíjel dvěma směry:

- a) objektivním – byl chápán jako souhrn objektivních indikátorů kvality životních podmínek v dané zemi,
- b) subjektivním – byl chápán jako souhrn subjektivních indikátorů kvality jedincovy „*cesty životem*“.

Vzhledem k výše naznačenému vývoji bylo a je obtížné dospět k všeobecně přijímané definici kvality života.“ (Mareš, Marešová, s. 3)

„Lze shrnout, že na nejobecnější úrovni je kvalita života chápána jako důsledek interakce mnoha různých faktorů. Jsou to sociální, zdravotní, ekonomické a enviromentální podmínky, které kumulativně a velmi často neznámým způsobem interagují, a tak ovlivňují lidský rozvoj na úrovni jednotlivců i celých společností.“ (Payne, 2005, s. 207)

5.2 Co určuje kvalitu života

„Klíčovými slovy kvalitního života jsou podle výzkumu Křížové: vztahy, aktivita, přiměřené (dobré, uspokojivé, u někoho výborné) zdraví a uspokojené potřeby (určitý standard). Za primární sociální jednotku či komunitu je sice považována rodina, ale kvalitní život zahrnuje širší chápání prosociability. Bez vztahů k lidem na jiné než příbuzenské bázi není život vnímán jako kvalitní.“ (Payne, 2005, s. 227)

Měření kvality života bývá většinou spojováno se zdravotním stavem. Dá se ale také předpokládat, že na kvalitu života mají vliv i jiné determinanty např. sociální začlenění jedinců.

„Mezi sociologické proměnné, které jsou nejčastěji sledovány ve výzkumech kvality života, patří vzdělání, ekonomická situace, etnická příslušnost, profese, rodinný stav, partnerství a rodičovství. V širším slova smyslu kvalitu života na makrosociální rovině ovlivňuje politické

zřízení a celkové společenské klima, které jedincům přiznává či odpírá nezávislost a kontrolu nad vlastním životem. Dalším kritériem je úroveň sociálních služeb, včetně sociálního zabezpečení.“ (Payne, 2005, s. 351, 352)

5.3 Standardy kvality sociálních služeb

„Ve snaze o zlepšení úrovně sociálních služeb Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR v roce 2002 uveřejnilo klíčový metodický materiál Standardy kvality sociálních služeb, který by měl přispět k vytvoření systému kvalitních sociálních služeb. Předkládaný materiál vychází z koncepce naplňování základních lidských práv a svobod tak, jak jsou uvedeny v Deklaraci základních lidských práv a svobod a zakotveny v právních dokumentech České republiky.“ (Švarcová – Slabinová, 2006, s. 166)

Standardy byly tvořeny v průběhu tří let ve spolupráci s uživateli i poskytovateli sociálních služeb. Měly by být pomůckou pro poskytovatele sociálních služeb, kteří chtějí poskytovat opravdu dobré a kvalitní služby, které respektují a podporují rovný přístup a plnohodnotný, důstojný a co nejvíce svobodný život jejich uživatelů.

Standardy v 16 položkách popisují, jak má podle představ jejich autorů vypadat kvalitní sociální služba. Jsou koncipovány jako soubor měřitelných a ověřitelných kritérií.

Standardy kvality sociálních služeb se dělí na tři základní části:

- c) procedurální standardy – jsou nejdůležitější, protože stanovují, jak má poskytování služby vypadat, na co je potřeba dát si pozor při jednání se zájemcem o služby, jak službu přizpůsobit individuálním potřebám každého uživatele, dále se věnují ochraně práv uživatelů služeb a vytváření ochranných mechanismů (např. postup při stížnostech, pravidla proti střetu zájmů)
- d) personální standardy – se věnují personálnímu zajištění služeb, protože kvalita služby je přímo závislá na pracovnících, na jejich dovednostech, vzdělání, vedení a na podmínkách, které pracovníci pro práci mají
- e) provozní standardy – popisují podmínky pro poskytování sociálních služeb. Definují prostory, kde se služby poskytují, dostupnost ke službám, ekonomické zajištění sociálních služeb a další rozvoj jejich kvality.

Standardy kvality sociálních služeb jsou jedním z prvních kroků v úsilí o zkvalitňování péče o občany s postižením.

5.4 Kvalita života v domovech pro osoby se zdravotním postižením

Kvalitu života v domovech pro osoby se zdravotním postižením by stejně jako v ostatních sociálních službách měly zaručovat vytvořené Standardy kvality sociálních služeb a následná kontrola jejich dodržování Inspekcí poskytování sociálních služeb.

Kvalita života v domovech se dá sledovat z různých úhlů pohledu, např. z pohledu života bez rodinných příslušníků, života v uměle vytvořené skupině, života ve velké skupině, nebo také z pohledu podřízenosti uživatele pravidlům či z pohledu rozvoje a přínosu do života uživatele domova pro osoby se zdravotním postižením.

5.4.1 Kvalita života a Inspekce poskytování sociálních služeb

Inspekci poskytování sociálních služeb provádí krajský úřad nebo MPSV, pokud je kraj zřizovatelem nebo zakladatelem služby. Důležitým předmětem inspekce je kvalita poskytovaných sociálních služeb.

Inspekce bývá poskytovateli sociálních služeb často vnímána jako nástroj kontroly a represe, ale inspekce také podává poskytovateli zpětnou vazbu o kvalitě poskytovaných služeb a o spokojenosti uživatelů se službou. Měla by zajišťovat dodržování lidských práv a svobod pro uživatele služby.

Tím, že funguje tato kontrola formou inspekce, mají klienti zaručenu snahu poskytovatelů poskytovat skutečně kvalitní služby a tím se také poskytovatel zavazuje ke zkvalitňování života uživatelů v zařízeních sociálních služeb.

6 DOMOV PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM „SRDCE V DOMĚ“

Praktická část práce bude věnována výzkumu kvality života v domově pro osoby se zdravotním postižením s názvem „Srdce v domě“, a proto je vhodné toto zařízení představit.

Domov pro osoby se zdravotním postižením „Srdce v domě“ je příspěvkovou organizací, která se nachází v malé obci Klentnice asi 5 km od známého vinařského města Mikulov na jižní Moravě.

Tento domov je zřízen Jihomoravským krajem a řízen Krajským úřadem Jihomoravského kraje. Poskytuje sociální služby lidem s mentálním postižením starším 18 let, kteří se v důsledku svého zdravotního postižení ocitli v nepříznivé sociální situaci, kterou nejsou schopni sami překonat ve vlastním prostředí ani za pomoci jiných typů sociálních služeb nebo rodiny a potřebují pravidelnou pomoc při zajištění svých potřeb s cílem zachovat a rozvíjet svou soběstačnost, společenské návyky a dovednosti.

6.1 Historie domova „Srdce v domě“

V loňském roce slavilo toto zařízení padesát let své existence. Jak popisuje kronika zařízení, v roce 1955 byl nabídnut opuštěný hotel „Waldluft“, později „Pálava“, České katolické charitě. Hotel musel projít různými opravami, než dne 22. ledna 1959 přicestovalo do Klentnice v doprovodu školských řádových sester de Notre Dame dvacet děvčat, které se staly obyvateli tohoto zařízení. Několik z nich už zemřelo, jiné se odstěhovaly a deset z nich zde žije dodnes.

Tehdy dostalo zařízení název Ústav pro olygofrenické dívky. Klientkám se tehdy říkalo svěřenky či schovanky a musely dodržovat režim řádových sester, které je měly v péči. Ústav měl vlastní hospodářství, které tvořilo vinice, sady, orná půda i dobytek, o které se staraly jak sestry, tak i klientky. Zároveň se ještě ústav opravoval a zvětšoval a v roce 1961 zde přibýlo 30 nových lůžek. Řádové sestry klientkám za odměnu za práci na hospodářství zorganizovali párkrát do roka nějaký výlet či zájezd. V ústavu se postupně vystřídal několik vedoucích i sester a přibývali také civilní zaměstnanci. Klientek také dál přibývalo a v roce 1985 jich zde žilo už 85. Dál se staraly o hospodářství a k tomu ještě pořádaly sběrové akce.

„Po nuceném odchodu klášterních sester na Slovensko v roce 1986 nastoupily na jejich místa už jen civilní pracovnice a zařízení dostalo název Ústav sociální péče pro dospělé ženy.“ (<http://www.srdcevdome.cz/?IdKat=33> [cit. 12. 2. 2010])

Kronika dále uvádí, že v témže roce se zařízení opět zvětšilo o třicet lůžek. Klientky i nadále pracovaly v hospodářství a věnovaly se brigádnickým činnostem, ale mimo to ještě pomáhaly zaměstnancům v kuchyni, v prádelně a při úklidu. Několikrát ročně pro ně byla zorganizována nějaká kulturní akce či výlet.

Od té doby prošel ústav několika organizačními i legislativními změnami a od 1. 1. 2007 se stal domovem pro osoby se zdravotním postižením a nese název „Srdce v domě“, které má zařízení také ve svém logu.

Za uplynulá léta se změnilo mnohé. Zařízení již není vyhrazeno pouze pro ženy, ale žijí zde i muži. Klienti už nemusí pracovat, jak tomu bylo dříve. Hospodářství je nyní zrušeno a práce v kuchyni, prádelně a úklid dnes vykonávají pouze zaměstnanci. Klienti mohou chodit na vycházky kdykoli a individuálně, pokud jsou schopni. Jejich kulturní život je mnohem pestřejší, než tomu bývalo dříve. Mají také možnost vybrat si z mnoha aktivit, které domov nabízí.

6.2 Poslání a cíle domova „Srdce v domě“

„Posláním domova je poskytování služeb sociální péče formou celoročního pobytu osobám s mentálním postižením nebo mentálním postižením kombinovaným s fyzickou nebo smyslovou vadou.“ (<http://www.srdcevdome.cz/?IdKat=3&PodKat1=20> [cit. 12. 2. 2010])

Domov „Srdce v domě“ má za cíl své uživatele přiblížit co nejvíce k běžnému životu, aby uplatňovali vlastní vůli a jednali na základě svých rozhodnutí, podporovat soběstačnost v uspokojování základních životních potřeb, prohlubovat pracovní a zájmové schopnosti, udržovat fyzickou a psychickou kondici, podporovat socializaci, zprostředkovat duchovní potřeby, zajišťovat právní a sociální ochranu. Umožňuje uživatelům prožít aktivní a důstojný život. (<http://www.srdcevdome.cz>)

6.3 Způsob života v domově „Srdce v domě“

Domov „Srdce v domě“ má kapacitu 113 uživatelů. V současné době není kapacita domova zcela naplněna a žije zde 109 klientů, z toho 100 žen a 9 mužů. Průměrný věk klientů

tohoto domova je 65 let. Domov je rozdělen na čtyři tzv. oddělení, z nichž první a druhé oddělení je pro klienty s lehkou a středně těžkou mentální retardací a pro klienty fyzicky zdatnější, zatímco třetí a čtvrté oddělení je určeno klientům s těžkou a hlubokou mentální retardací a také klientům, kteří potřebují větší míru podpory ve svém životě.

Domov je tvořen od jednolůžkových pokojů až po pětilůžkové. Zatímco jednolůžkové pokoje mají vlastní hygienické zázemí, vícelůžkové pokoje je mají společné. Jednotlivé pokoje se také liší cenově. Mimo své pokoje mají uživatelé na každém oddělení k dispozici pracovnu, která je vybavena nejrůznějšími pomůckami a také televizorem. Dále je všem klientům k dispozici kulturní místnost, tvořivé dílny, jídelna, tréninkový byt, klubovna a rozlehlý park kolem celé budovy domova, ve kterém se nachází chata, kterou klienti využívají v letních měsících.

Každý uživatel domova má rovněž možnost vybrat si z nabídky aktivit domova a zapojit se do různých společenských akcí, které buď pořádá sám domov nebo jiná spřátelená organizace. Domov nabízí svým uživatelům tyto aktivity: výtvarný kroužek, hudební kroužek, šicí dílnu, tkalcovskou dílnu, dřevařskou dílnu, pletařskou dílnu, nácvik vedení domácnosti, kroužek vaření, taneční kroužek, kroužek čtení, cvičení, ručních prací a kroužek holky v akci, který je schopen uspořádat na přání klienta jakoukoli oslavu. Ze společenských akcí pořádá domov několikrát do roka taneční zábavy se spřátelenými domovy pro osoby se zdravotním postižením, dále pořádá společenský ples, zprostředkovává bohoslužby v domově, nejrůznější výlety a rekreace klientů.

Klienti domova jsou uživatelé služby a je jim poskytována péče v takovém rozsahu, jakou potřebují a jaká jim je sjednána ve smlouvě o poskytování sociální služby. Dále má každý klient svého tzv. klíčového pracovníka, který jej nejlépe zná, kterému klient důvěřuje a se kterým společně plánuje své cíle, přání a potřeby.

Kvalitu a způsob života v domově Srdce v domě, p. o. výrazně ovlivnil nový zákon o sociálních službách, díky kterému má zařízení vytvořeno své standardy kvality sociálních služeb, podle kterých služby poskytuje a kterými se řídí při své práci.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

7 METODOLOGIE VÝZKUMU

V teoretické části své práce jsem vymezila důležité pojmy a uvedla jsem také, co je to kvalita života a co ji určuje. Vycházela jsem především z odborné literatury a z vlastních poznatků. V praktické části se zaměřím na samotné uživatele domova pro osoby se zdravotním postižením „Srdce v domě“, jimiž jsou lidé s mentálním postižením a na to, jak vnímají kvalitu svého života v domově. V následující části práce přiblížím cíl výzkumu, výzkumný problém, zvolenou metodu výzkumu, výzkumnou jednotku a popíši průběh mého výzkumného šetření.

7.1 Cíl výzkumu

V teoretické části této práce jsem se zabývala otázkou, co určuje kvalitu života mentálně postižených občanů a jak je zaručena kvalita života v domovech pro osoby se zdravotním postižením.

Pro praktickou část své práce jsem si stanovila následující cíl výzkumu:

Získání názorů na kvalitu života od uživatelů s mentálním postižením, žijících v domově pro osoby se zdravotním postižením „Srdce v domě“, které by mohli přispět ke zkvalitnění poskytovaných služeb v tomto domově.

Za hlavní aspekty kvality života budou pro tento výzkum považovány názory dotazovaných na spokojenost s touto službou, na jejich práva v domově, na naplnění jejich dne, na nabízené služby domova, na vztahy s personálem a na to, zda je zachováváno jejich soukromí.

7.2 Vymezení výzkumného problému

Výzkumný problém byl stanoven následovně:

Jak vnímá uživatel s mentálním postižením kvalitu života v domově pro osoby se zdravotním postižením a zda je kvalita života zde podle něj dostatečná.

Pro naplnění výzkumného cíle jsem si zvolila následující výzkumnou otázku:

Jak uživatel domova pro osoby se zdravotním postižením „Srdce v domě“ vnímá život v tomto zařízení a zda jej považuje v současné době za dostatečně kvalitní, v porovnání s předchozím způsobem života zde.

K této výzkumné otázce jsem si zvolila následující dílčí výzkumné otázky:

- a. Kde žil klient dříve a jak se dostal do domova pro osoby se zdravotním postižením?

- b. Jak je klient spokojen v domově pro osoby se zdravotním postižením, a zda jej považuje za svůj domov?
- c. Jaké má klient práva v domově, co smí a co nesmí?
- d. Jak probíhá klientův běžný den v domově a zda klientovi vyhovují služby, které domov nabízí?
- e. Jaký je vztah klienta k personálu a zda je zachováváno klientovo soukromí?

7.3 Metody výzkumu

Jak už napovídá téma této práce, bude zkoumána kvalita života formou kvalitativního výzkumu a výzkum bude realizován za použití polostrukturovaného rozhovoru jako techniky sběru dat.

Polostrukturovaný rozhovor bude sestaven z řady pečlivě sestavených otevřených otázek tak, aby jim respondent dobře porozuměl a mohl jednoduše odpovědět. Pružnost sondování je sice omezenější mentálním postižením respondentů, ale otázky budou jasné a srozumitelné a tím bude zajištěna lepší kvalita rozhovoru.

7.3.1 Kvalitativní výzkum

Hendl (2005) uvádí, že kvalitativní výzkum používá induktivní formy vědeckých metod, hloubkové studium jednotlivých případů, nejrůznější formy rozhovorů a kvalitativní pozorování. Kvalitativní výzkum je orientován na explorování a probíhá nejčastěji v přirozených podmínkách sociálního prostředí. Podle Gavory (2000) kvalitativní výzkum uvádí svá zjištění ve slovní podobě. Jde o popis, který je podrobný a zároveň výstižný.

7.4 Výzkumná jednotka

Výzkumná jednotka tohoto výzkumu bude vybrána záměrným výběrem z řad uživatelů domova pro osoby se zdravotním postižením „Srdce v domě“, kteří mají dostatečné schopnosti (zejména komunikační a rozumové), dostatečné zkušenosti ze zkoumaného prostředí a možnost srovnání současného života s životem v tomto zařízení před dvaceti a více lety.

7.4.1 Strategie výběru

Respondenty k mému výzkumu jsem vybírala podle čtyř předem stanovených kritérií.

Prvním kritériem bylo, aby respondent byl obyvatelem domova „Srdce v domě“. Druhým kritériem bylo, aby v tomto domově respondent žil dvacet a více let. Třetím kritériem byla mentální schopnost respondenta, tzn. klient na úrovni lehkého mentálního postižení. Čtvrtým kritériem byla schopnost komunikační, tzn. klient bez přidružené komunikační vady.

V úvodní fázi výzkumu jsem provedla analýzu uživatelů domova z hlediska délky jejich pobytu zde. Tato analýza byla provedena za pomoci sociálního pracovníka zařízení, který má přehled o délce pobytu klientů. Z této fáze bylo zjištěno, že 67 klientů zde žije dvacet a více let. Z těchto klientů jsem v další fázi vytipovala ty, kteří mají pouze lehké mentální postižení, aby bylo zaručeno, že respondenti budou schopni posuzovat otázky jim kladené v co nejvyšší možné míře odpovědně a seriózně. Takových klientů jsem vytipovala 18. V poslední fázi jsem z těchto klientů vybrala ty, kteří měli dostatečné komunikační schopnosti. Dotazováno bylo nakonec 10 respondentů.

7.4.2 Představení respondentů

Vybranými respondenty k výzkumu se stali výhradně obyvatelé domova „Srdce v domě“, kteří jsou uživateli služeb tohoto domova pro osoby se zdravotním postižením. Výzkumný vzorek tedy tvořili dospělí lidé s mentálním postižením, kteří byli osloveni ke spolupráci na tomto výzkumu na základě záměrného výběru. Respondenty jsem seznámila se záměrem svého výzkumu a požádala je o rozhovory. Výběr respondentů tvořily jen ženy a to z toho důvodu, že muži před dvaceti a více lety ještě nebyli obyvateli tohoto zařízení. Zařízení bylo v té době pouze pro ženy.

7.5 Průběh výzkumného šetření, sběr dat

Výzkumné šetření probíhalo od měsíce ledna 2010 do konce měsíce března 2010. Nejdříve bylo důležité vytipovat si vhodné respondenty výzkumného šetření vzhledem k náročnosti vybrané techniky polostrukturovaného rozhovoru a mentálního postižení uživatelů služeb. Bylo nutné důkladně zvážit tento výběr, aby bylo výzkumné šetření správně pochopeno ze strany klienta a aby byl výzkum objektivní.

Nejdříve jsem musela vybrat vhodný čas pro schůzku s respondenty, vzhledem k jejich aktivitám a k zažitému režimu dne. Poté jsem respondentům vysvětlila důvod mé návštěvy u nich na pokoji a požádala je o spolupráci. Rozhovory tedy probíhaly většinou na pokoji klienta nebo v klubovně zařízení o samotě. Snažila jsem se o uvolněnou atmosféru, aby

klient získal co nejvíce důvěry. Rozhovory byly se souhlasem respondentů nahrávány na diktafon. Trvaly převážně kolem 30 minut. Respondenti byli předem ubezpečeni, že rozhovor je anonymní a že pokud nebudou chtít odpovědět na některou otázku, nemusí. Také jsem jim sdělila, že mohou rozhovor kdykoli v jeho průběhu ukončit.

Otázky rozhovoru byly záměrně stručné a srozumitelné. Měla jsem vypracovaný seznam otázek i s dalšími podotázkami, které jsem používala v případě potřeby bližšího ujasnění.

7.6 Základní scénář polostrukturovaného rozhovoru

- 1) Vzpomenete si, jak dlouho žijete v tomto zařízení a kde jste žila předtím, než jste přišla sem?
- 2) Líbí se Vám tady?
 - a) Co se Vám tady líbí? Co Vás tu těší?
- 3) Je zde něco, co se Vám tady nelíbí?
 - a) Změnila nebo zrušila byste tady něco?
- 4) Co tady máte zakázáno?
 - a) Je něco, co byste chtěla dělat, ale tady to nesmíte dělat?
- 5) Víte, že už se to tady nejmenuje ústav, ale domov „Srdce v domě“. Zlepšilo se něco v tomto zařízení po změně ústavu na domov?
 - a) Co se změnilo?
 - b) Podle čeho jste poznala, že se ústav přejmenoval?
- 6) Jak se ráno budíte?
 - a) Můžete si rozhodovat sami, kdy ráno vstanete?

- 7) Můžete si sami rozhodnout, kdy půjdete jíst?
 - a) Chodíte jíst samostatně nebo všichni zároveň?

- 8) Dokážete mi říct, o čem si tady můžete sama rozhodovat?

- 9) Popište mi, jak probíhá Váš běžný den tady? Co tady děláte během dne?

- 10) Co ráda děláte ve Vašem volném čase?

- 11) Jste spokojena s nabídkou aktivit a služeb, které Vám domov nabízí?

- 12) Cítíte se tady jako doma?
 - a) Chtěla byste raději žít někde jinde?

- 13) Víím, že tu máte každý svého tzv. klíčového pracovníka, který Vám tu pomáhá a stará se o vaše záležitosti. Vy jste si svého klíčového pracovníka („svoji sestřičku“) vybírala sama?
 - a) Nebo Vám někdo přidělil tzv. klíčového pracovníka?
 - b) Chtěla byste jiného klíčového pracovníka?

- 14) Když potřebujete s něčím pomoci, na koho se obrátíte?

- 15) Kdyby se Vám tu něco nelíbilo nebo byste byla s něčím nespokojena, komu byste to řekla?

- 16) Klepou zaměstnanci při vstupu do Vašeho pokoje?

17) Víím, že máte někteří společné koupelny na chodbách. Používáte taky tuto společnou koupelnu?

a) Pokud ano, máte možnost se tam zavřít nebo zamknout?

b) Nestává se, že Vám tam někdo vejde, když se myjete?

18) Máte možnost si rozhodnout, jaké oblečení si oblečete?

a) Nevybírá Vám někdo oblečení, které si máte obléct?

Jeden z rozhovorů je přepsán v příloze č. II.

7.6.1 Způsob zpracování dat

Pro zpracování dat jsem rozhovory s respondenty doslovně přepsala a tím jsem získala ucelený text. Tento text jsem si několikrát přečetla a následně jsem si vyznačila významové jednotky, které nazývám v této práci jako významy přiřazené uvedeným signifikantním slovním spojením. Signifikantním slovním spojením nazývám podobná nebo příznačná slovní spojení.

8 PREZENTACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU

8.1 Zpracování rozhovorů

- 1) Vzpomenete si, jak dlouho žijete v tomto zařízení a kde jste žila předtím, než jste přišla sem?

Výzkumná dílčí otázka:

a. Kde žil klient dříve a jak se dostal do domova pro osoby se zdravotním postižením?

- „Už to bude 32 roků, co jsem sem přišla. Předtím jsem byla v internátě v Jihlavě a v internátě v Třešti a pak jsem došla sem.“
- „Jsem tady 24 roků. Předtím jsem žila s mamkou doma.“
- „Já jsem tu... už to bude 25 roků. Předtím jsem žila na Hostýnku. Tam byl taky ústav.“
- „Jsem tu 39 roků. Od šesti let jsem byla v ústavu v Čechách, potom jsem šla do Znojma a od šestnácti roků jsem žila doma u mamky. Potom mě mamka dala do služby k paní, která byla židovka... To bylo ve Valticích a tam jsem jí pomáhala v domácnosti a tak.... Chodila jsem na nákup a uklízela jsem jí a za to jsem u ní bydlela. A pak jsem šla sem, to je můj třetí ústav.“
- „Já jsem tu 24 roků. Předtím jsem byla doma.“
- „Přijela jsem sem 18. 8. 1962 autobusem a už jsem tu 48 roků. Předtím jsem byla v ústavu v Šebetově.“
- „Už tady žiji 51 roků. Předtím jsem žila v Slatiňanech s řádovými sestrama... Tam byly Františkánky a bylo tam 350 dětí. A pak jsem byla převezena sem. A už nechci jinam.“
- „Vzpomenu... letos to bude 51 roků. Od sedmi roků jsem byla v dětském domově v Mladé Boleslavi a v třinácti mě dali do Budeniček k řádovým sestrám a pak sem.“
- „Jsem tu 48 roků. A předtím jsem byla doma u rodičů.“
- „Už je to dlouho... přes dvacet let. Než jsem přišla sem, tak jsem žila doma s rodiči a se sestrama.“

Významy přiřazené signifikantním slovním spojením:

- v internátě
- v rodině
- v jiném ústavu
- ve službě jako služebná
- u řádových sester
- v dětském domově

2) Líbí se Vám tady?*Výzkumná dílčí otázka:*

b. Jak je klient spokojen v domově pro osoby se zdravotním postižením, a zda jej považuje za svůj domov?

- „Líbí se mi tady... Líbí se mi, že můžeme chodit sami ven, že se můžeme dívat na televizi... Když tu byly řeholní sestry, to se nemohlo. Líbí se mi taky, že jezdíme na nákupy a že si můžu vybrat, co chci.“
- „Líbí... hlavně vyšívání a všechno ostatní taky.“
- „Líbí... není to tu špatné.“
- „Líbí se mi tu všechno.“
- „Líbí. Líbí se mi, že můžu být s kamarádkama.“
- „Líbí se mi tu. Hlavně se mi líbí, že se můžu dívat na televizi.“
- „Ano líbí. Je tu klid a hezky.“
- „Líbí. Je to hezký ústav i okolí.“
- „Líbí se mi tady všechno.“
- „Ano líbí, tady jsem spokojená... Hlavně u kamarádky Marušky na pokoji.“

Významy přiřazené signifikantním slovním spojením:

- samostatné vycházky mimo areál domova
- sledování televize
- nakupování a výběr zboží
- všechno
- vyšívání
- soužití s kamarádkami
- klid a hezké prostředí
- hezké prostředí domova i okolí

3) Je zde něco, co se Vám tady nelíbí?*Výzkumná dílčí otázka:*

b. Jak je klient spokojen v domově pro osoby se zdravotním postižením, a zda jej považuje za svůj domov?

- „Nic. Všechno se mi tady líbí.“
- „Ne. Všechno je tu dobrý. Nemohla bych odtud už odejít.“
- „Chtěla bych být sama na pokoji.“
- „Nic bych tu nezměnila.“
- „Jo, že se tady ostatní klienti hádají... nemůžu se ani v klidu najíst. Nelíbí se mi, jak jsme v jídelně pohromadě a že chodíme na večeři v pět hodin... jak mimina, jíme po dvou hodinách.“
- „Nelíbí se mi, když se tady hádají ostatní. To radši uteču, abych měla klid.“
- „Ne. Mě se všechno líbí. Mám se tu dobře.“
- „Nelíbí se mi někdy jednání... takové nařizování. A taky jídlo.“
- „Nic bych nezměnila.“
- „Nelíbí se mi, když se tu někteří hádají.“

Významy přiřazené signifikantním slovním spojením:

- není nic, co by se nelíbilo
- sdílení pokoje se spolubydlící
- hádky mezi klienty
- hromadné stolování v jídelně
- večere v pět hodin
- nadřazené jednání
- jídlo

4) Co tady máte zakázáno?*Výzkumná dílčí otázka:**c. Jaké má klient práva v domově, co smí a co nesmí?*

- „Nemáme tady nic zakázáno. Já můžu všechno.“
- „Nemáme nic zakázáno.“
- „Nic nemáme zakázáno.“
- „Nic.“
- „O ničem nevím.“
- „Nemáme nic zakázané.“
- „Nic.“
- „Není nic, co by bylo zakázáno.“
- „Nemáme nic zakázáno a nic bych nezměnila.“
- „Nic.“

Významy přiřazené signifikantním slovním spojením:

- žádný zákaz neexistuje

- 5) Víte, že už se to tady nejmenuje ústav, ale domov „Srdce v domě“. Zlepšilo se něco v tomto zařízení po změně z ústavu na domov?

Výzkumná dílčí otázka:

b. Jak je klient spokojen v domově pro osoby se zdravotním postižením, a zda jej považuje za svůj domov?

c. Jaké má klient práva v domově, co smí a co nesmí?

- „Teď je to mnohem lepší. Můžeme chodit ven sami... dali nám občanky.“
- „Je to pořád stejný.“
- „Pro mě je to stejné.“
- „Je to lepší... můžem chodit na procházky ven.“
- „Je to lepší... můžeme chodit sami ven.“
- „Je to pořád stejný.“
- „Všechno se tu zlepšilo.“
- „Teď už můžeme chodit sami na vycházky a do kostela.“
- „Nic se nezměnilo.“
- „Je to tu pořád stejný.“

Významy přiřazené signifikantním slovním spojením:

- samostatné vycházky ven, mimo areál domova nebo do kostela
- vlastnění svých občanských průkazů
- vše zůstalo stejné

- 6) Jak se ráno budíte?

Výzkumná dílčí otázka:

c. Jaké má klient práva v domově, co smí a co nesmí?

- „Sama vstanu.“

- „Vstávám sama, nikdo mě nebudí.“
- „Sama se rozhodnu, kdy vstanu.“
- „Já si vstanu, jak chci já. Už mě nechodí sestřičky probouzet.“
- „Pečovatelky nás chodí budit.“
- „Já se vzbudím sama a pomáhám ostatním děvčatům se umýt.“
- „Sestřičky nás budí.“
- „Sami si rozhodneme, kdy vstaneme.“
- „Sami si rozhodujeme, kdy vstaneme... ale musí to být před snídaní.“
- „Budí mě kamarádka, třeba mě zatahá za peřinu nebo i za nohu.“

Významy přiřazené signifikantním slovním spojením:

- samostatné probuzení klienta
- buzení klientů personálem zařízení
- buzení kamarádkou

7) Můžete si sami rozhodnout, kdy půjdete jíst?

Výzkumná dílčí otázka:

c. Jaké má klient práva v domově, co smí a co nesmí?

- „To si nemůžeme sami rozhodnout, chodíme všichni zároveň.“
- „Musíme chodit všichni zároveň.“
- „Nemůžu, chodíme všichni zároveň.“
- „To nemůžu... musíme všichni zároveň... jak nám řeknou sestřičky.“
- „Nelíbí se mi, že chodíme v pět hodin na večeři, jak mimina... po dvou hodinách. Chodíme do jídelny všichni zároveň, to se mi taky nelíbí.“

- „Ne to si nemůžeme sami rozhodnout... chodíme všichni společně... to musíme dodržovat, protože se musí dodržovat nějaký režim... to se dá ale zvládnout dodržovat.“
- „Ne. Chodíme všichni zároveň na jídlo.“
- „To nemůžeme... to se nedá, aby to v kuchyni mohli vydat, ale z jídelny můžeme odejít kdykoli.“
- „Nemůžeme, musíme chodit všichni zároveň.“
- „Chodím zároveň s ostatními.“

Významy přiřazené signifikantním slovním spojením:

- není možnost se rozhodnout, kdy klient půjde na jídlo
- na jídlo musí chodit všichni zároveň

8) Dokážete mi říct, o čem si tady můžete sama rozhodovat?

Výzkumná dílčí otázka:

c. Jaké má klient práva v domově, co smí a co nesmí?

- „Můžu si třeba sama rozhodnout, že toužím jít bydlet do domečku, to si můžu sama rozhodnout.“
- „Můžu si rozhodovat, co budu dělat, když nemám žádný kroužek.“
- „Můžu si rozhodovat, co si koupím v obchodě.“
- „Sama si nerozhoduju.“
- „Můžu si vybrat práci a můžu si rozhodovat, kdy chci jít ven.“
- „Chození na vycházky si rozhoduju sama.“
- „O ničem.“
- „Chození ven si můžu sama rozhodovat a taky nakupování.“
- „Rozhoduju si sama, když chci jít ven nebo si něco koupit.“

- „Nevím.“

Významy přiřazené signifikantním slovním spojením:

- bydlení v domečku (neboli přechod do chráněného bydlení)
- náplň volného času
- nákupy
- o ničem
- výběr pracovní terapie
- vycházky

9) Popište mi, jak probíhá Váš běžný den tady? Co tady děláte během dne?

Výzkumná dílčí otázka:

d. Jak probíhá klientův běžný den v domově a zda klientovi vyhovují služby, které domov nabízí?

- „Tak ráno vstanu, osprchuju se a pak sprchuju další děvčata tady na oddělení, potom jdeme na snídani a po snídani vyšívám nebo dělám na skalce, pak je oběd a po obědě odpočívám, dívám se na televizi, dám si kávu a potom jdu ven nebo se zase dívám na televizi. Potom je večeře, zase pomáhám umývat děvčata a pak se osprchuju já a než jdu spát, tak se ještě dívám na televizi.“
- „Já chodím do zahrady v pátek... jinak vyšívám a dívám se na televizi.“
- „Celý den pletu košíky, po obědě chvíli odpočívám a poslouchám rádio.“
- „Ráno se osprchuju, pak jdu do pracovny za holky, ve třetí na osm jdeme na snídani, potom uklízím jídelnu a pak jdu zase do pracovny... potom jdu pokrmit kočky a potom se dívám na televizi. Pak už je oběd a po obědě jdu na vycházku nebo na hřbitov, pak odpočívám a piju kávu a pak jdu na večeři a pak spát.“
- „Tak každý den chodím do nějakého kroužku dopoledne... po obědě si odpočinu a dopoledne jdu zase do kroužku a v sobotu a v neděli chodím na vycházky.“

- „Chodím každé úterý cvičit a taky vyšívám a dělám ruční práce. A po večeři poumývám holky a pak se dívám na televizi.“
- „Po snídani chodím na ruční práce... po obědě odpočívám a poslouchám rádio a večer nám vždycky říkají, ať si jdeme lehnout.“
- „Já chodím vždycky do kroužků dopoledne i odpoledne... většinou vyšívám. Po večeři se dívám na televizi a někdy jdeme po večeři ještě ven.“
- „Chodím do zahrady, na vaření, na zpěv, do dramatického kroužku, navlékám korálky a někdy se dívám i na televizi.“
- „Po snídani piju kávičku, na chvílku pochodím, po obědě si jdu odpočinout... potom jdu do ručních prací a po večeři poslouchám rádio.“

Významy přiřazené signifikantním slovním spojením:

- hygiena
- stravování
- pracovní terapie
- odpočinek
- sledování televize
- vycházka venku
- poslech rádia
- krmení zvířat
- pití kávy

10) Co ráda děláte ve Vašem volném čase?

Výzkumná dílčí otázka:

- d. *Jak probíhá klientův běžný den v domově a zda klientovi vyhovují služby, které domov nabízí?*

- „Dívám se na televizi večer do půl desáté. Taky jsem ráda, když si jdeme sednout na kávu nebo na pivo. Mám ráda akce, jako jsou tanečnické nebo chatování.“
- „Nic, chodím jenom do kroužků.“
- „Ležím a odpočívám nebo poslouchám rádio.“
- „Když nemám žádný kroužek, tak odpočívám a dívám se na televizi.“
- „Když mám volný čas, tak si dělám výzdobu pokoje nebo chodím na procházky, dívám se na televizi nebo poslouchám rádio. Taky někdy tančím po pokoji. Pak mám zálibu vyrábět zvířátka z korálek.“
- „Když se mi chce, tak pletu.“
- „Ráda pletu.“
- „Chodím ven nebo vyšívám.“
- „Jdu na procházku ven.“
- „Když mám volno, tak pletu.“

Významy přiřazené signifikantním slovním spojením:

- sledování televize
- sezení u kávy nebo u piva
- společenské akce
- nic
- odpočinek
- poslech rádia
- výzdoba pokoje
- procházky venku
- tančení v pokoji
- vyrábění z korálek
- pletení

- vyšívání

11) Jste spokojena s nabídkou aktivit a služeb, které Vám domov nabízí?

Výzkumná dílčí otázka:

d. Jak probíhá klientův běžný den v domově a zda klientovi vyhovují služby, které domov nabízí?

- „Ano jsem spokojena. Dělán to, co mě baví.“
- „Jsem spokojena.“
- „Pořád pletu košíky a s tím jsem spokojena.“
- „Jo, jsem spokojená.“
- „Jsem s tím spokojená, máme na výběr z hodně kroužků... je to lepší než dřív.“
- „Jsem spokojená... baví mě to.“
- „Ano, jsem spokojená... mě nic nechybí.“
- „Jsem spokojená, dřív jsme museli chodit pomáhat... teď je to lepší.“
- „Ano, jsem spokojená... nabídli mi, kam bych chtěla chodit, do jakého kroužku a já jsem si vybrala.“
- „Jo, jsem spokojená.“

Významy přiřazené signifikantním slovním spojením:

- spokojenost s nabídkou

12) Cítíte se tady jako doma?

Výzkumná dílčí otázka:

b. Jak je klient spokojen v domově pro osoby se zdravotním postižením, a zda jej považuje za svůj domov?

- „Jsem tu doma, ale chtěla bych žít i v domečku.“

- „Jo, ale lepší by to bylo v domečku.“
- „Chtěla bych žít v domečku.“
- „Ano jsem tu doma... nechtěla bych žít nikde jinde.“
- „Už jsem si tu zvykla a nikam jinam bych nešla.“
- „Tady se cítím dobře... doma bych se neměla tak dobře, jak se mám tady. Tady je o mě postaráno... mám tady všechno, co potřebuju.“
- „Ano. Už jsem tu 51 roků a jsem tu spokojená.“
- „Cítím se tu doma... mám tu kamarádky a je mi tu dobře.“
- „Ano, cítím se tu jako doma.“
- „Ne. Doma je doma.“

Významy přiřazené signifikantním slovním spojením:

- cítí se tu jako doma
- lepší by to bylo v domečku
- necítí se tu jako doma

13) Vím, že tu máte každý svého tzv. klíčového pracovníka, který Vám tu pomáhá a stará se o vaše záležitosti. Vy jste si svého klíčového pracovníka („svoji sestřičku“) vybírala sama?

Výzkumná dílčí otázka:

c. Jaké má klient práva v domově, co smí a co nesmí?

- „Já jsem si sama nevybírala, přidělili mi jednu sestřičku.“
- „Ne. Přidělili mi pracovníka.“
- „Já jsem si vybírala sama, koho bych chtěla.“
- „Vybírala jsem si sama.“
- „Klíčového pracovníka mi přidělili.“

- „Já jsem si nevybírala... ona si vybrala mě.“
- „Mohla jsem si vybrat sama.“
- „Přidělili mi.“
- „Vybrala jsem si sama, ale měla jsem na výběr jen ze dvou pracovníc.“
- „Mě si vybrala sestřička.“

Významy přiřazené signifikantním slovním spojením:

- klíčového pracovníka si klienti nemohli sami vybrat
- klíčového pracovníka si klienti mohli sami vybrat
- klíčový pracovník si vybral klienta sám

14) Když potřebujete s něčím pomoci, na koho se obrátíte?

Výzkumná dílčí otázka:

e. Jaký je vztah klienta k personálu a zda je zachováváno klientovo soukromí?

- „Na klíčového pracovníka.“
- „Na svoji sestřičku.“
- „Na sestřičku, která tu zrovna slouží... je to jedno.“
- „Na svoji sestřičku nebo i na tu, co tu zrovna slouží.“
- „Na klíčovou pracovníci.“
- „Když potřebuju, obrátím se na svoji sestřičku.“
- „Na sestřičku, co tady zrovna je.“
- „Na kohokoliv.“
- „Na sestřičku svoji.“
- „Na nejlepší kamarádku.“

Významy přiřazené signifikantním slovním spojením:

- klient se obrátí na klíčového pracovníka
- klient se obrátí na službukonající pracovníci
- klient se obrátí na kohokoliv
- klient se obrátí na nejlepší kamarádku

15) Kdyby se Vám tu něco nelíbilo nebo byste byla s něčím nespokojena, komu byste to řekla?

Výzkumná dílčí otázka:

e. Jaký je vztah klienta k personálu a zda je zachováváno klientovo soukromí?

- „Taky klíčovému pracovníkovi.“
- „Svojí sestřičce.“
- „Když se mi tu něco nelíbí, řeknu to paní ředitelce a ona to vyřeší.“
- „Řekla bych to sestřičce.“
- „Nevím. Ještě jsem si nikdy na nic nestěžovala.“
- „Kdybych byla s něčím nespokojená, řekla bych to svojí sestřičce.“
- „Já jsem tu spokojená.“
- „Zatím nemám příčinu to řešit... asi bych ale nevěděla za kým jít.“
- „Zatím není nic, co by se mi tu nelíbilo.“
- „Řekla bych to sestřičce.“

Významy přiřazené signifikantním slovním spojením:

- klíčovému pracovníkovi
- ředitelce
- neví
- zatím se to nestalo

16) Klepou zaměstnanci při vstupu do Vašeho pokoje?

Výzkumná dílčí otázka:

e. Jaký je vztah klienta k personálu a zda je zachováváno klientovo soukromí?

- „Ano klepou.“
- „Ano klepou.“
- „Klepou.“
- „Jo... zaklepou.“
- „Ano klepou.“
- „Zaklepou.“
- „Ano klepou.“
- „Jo klepou.“
- „Vždycky zaklepou.“
- „Jo... klepou.“

Významy přiřazené signifikantním slovním spojením:

- zaměstnanci klepou při vstupu do klientova pokoje

17) Vím, že máte někteří společné koupelny na chodbách. Používáte taky tuto společnou koupelnu?

Výzkumná dílčí otázka:

e. Jaký je vztah klienta k personálu a zda je zachováváno klientovo soukromí?

- „Ne mám u pokoje svoji koupelnu. Tam se můžu zavřít.“
- „Mám svoji koupelnu u pokoje... můžu si tam zavřít a nikdo mi tam nechodí.“
- „Jo máme společnou koupelnu... zavřít se tam nemůžu... když mi tam někdo vejde, tak se omluví a odejde.“
- „Mám svoji koupelnu... můžu se i zamknout a nikdo mi tam nemůže vejít.“

- „Ano používám společnou koupelnu na chodbě... zavřít tam nejde, je tam ale závěs. Když ho mám zatažený, nikdo mi tam nejde.“
- „Máme společnou koupelnu... zavřít se nemůžu, ale máme tam závěs... musíme dávat pozor, jestli někdo nejde, a když tak jim řeknu, aby tam nechodili, že se zrovna sprchuju.“
- „Ano mám společnou koupelnu... zavřít se tam nemůžu, ale jsou tam závěsy do sprch a ostatní tam nechodí, když se umývám.“
- „Ano mám společnou koupelnu... nezamykám se... když tam někdo vejde, tak jen nakoukne a jde zase pryč.“
- „Ano mám koupelnu na chodbě společnou s ostatními... nezamykám se... nikdo mi tam nechodí.“
- „Mám společnou koupelnu... zavřít ne, ale je tam závěs... nikdo mi tam nechodí.“

Významy přiřazené signifikantním slovním spojením:

- klient nepoužívá společnou koupelnu na chodbě, má svoji u pokoje
- klient používá společnou koupelnu
- ve společné koupelně se nelze zavřít, používá se závěs
- stává se, že klientovi do koupelny někdo vejde

18) Máte možnost si rozhodnout, jaké oblečení si oblečete?

Výzkumná dílčí otázka:

c. Jaké má klient práva v domově, co smí a co nesmí?

- „Ano rozhodnu se sama, co si obleču.“
- „Sama si rozhodnu, co si obleču.“
- „Sama si vybírám, co si obleču... nikdo mi to nevybírám.“
- „Vybírám si sama, co si obleču.“
- „Ano. Nikdo mi to nevybírám.“

- „Jo vezmu si, co chci.“
- „Co si obleču, si vybírám sama.“
- „Sama si rozhoduju, co si obleču. Zeptám se jen, jestli můžu to a to, ale sama si to pak vezmu.“
- „Rozhoduju si sama, co si obleču.“
- „Oblečení si vybírám s kamarádkou Maruškou.“

Významy přiřazené signifikantním slovním spojením:

- klient má možnost si rozhodnout sám jaké oblečení si obleče

8.2 Zobecněné závěry vyplývající z rozhovorů

Z výzkumu vyplynulo, že 5 z 10 dotazovaných klientů předtím, než přišli do tohoto domova pro osoby se zdravotním postižením, žilo také v ústavní péči. Byl to internát, ústav pro postižené, azylové bydlení u řádových sester nebo dětský domov. Čtyři klienti sem přišli z rodinného prostředí. Jedna klientka byla jak v ústavní, tak v rodinné péči, ale také ve službě jako služebná. Všichni dotazovaní zde žijí více než dvacet let.

Klienti žijí v domově „Srdce v domě“ dlouhou dobu, jsou zde spokojeni a 8 z 10 dotazovaných se tu cítí jako doma. Sami si uvědomují, že spousta věcí, které dříve nemohli dělat, je jim nyní umožněna. Jako důvody spokojenosti v domově uvedly, že mohou chodit ven mimo areál domova, nakupovat nebo sledovat televizi. Klienti se mi ale také svěřili, s čím spokojeni nejsou a co jim narušuje jejich život tady. Těmito důvody jsou sdílení pokoje se spolubydlící, hádky mezi klienty, hromadné stolování v jídelně, večere v pět hodin, nadřazené jednání a jídlo. Všichni dotazovaní klienti také shodně uvedli, že neexistuje nic, co by měli zakázáno.

Co se týkalo změny z ústavu na domov „Srdce v domě“ a zlepšení kvality v poskytování služeb, klienti považovali za přínosné samostatné vycházky ven, mimo areál domova nebo do kostela a vlastnění svých občanských průkazů. Někteří klienti s touto změnou služby a jejího názvu, ale žádné další změny nepocítili. Vzhledem ke krátké době, která uplynula od

změny legislativy doposud, by se dalo říci, že se postupně daří naplňovat přání a cíle jednotlivých klientů, že jim změna přináší nové možnosti a je jim zprostředkováno více aktivizačních terapií.

Respektování práv a přání jednotlivých klientů nebylo dříve samozřejmostí. Spíše naopak. Práva klientů byla omezována a to i ta nejzákladnější jako právo klienta rozhodnout se, kdy ráno vstane nebo kdy se půjde najíst. V současné době si 7 z 10 klientů určuje samo, kdy chce ráno vstát, dále se všichni mohou svobodně rozhodnout, do jakého oblečení se ustrojí, mohou si určit, zda by chtěli pobývat v domečku (neboli přechod do chráněného bydlení), zvolit si náplň volného času, mají možnost nakoupit si, vybrat si pracovní terapii, chodit samostatně na vycházky. Žádný z klientů si ale nemůže stanovit čas stravování. Všichni dotazovaní klienti uvedli, že musí chodit na jídlo současně.

V dřívějších letech v domově neexistovaly žádné aktivity pro klienty typu dílny a kroužky. Tento trend sem přišel teprve před čtyřmi lety a postupně se tyto aktivity zaváděly, rozvíjely a zdokonalovaly. Klienti si na takovou náplň dne rychle zvykli a začali ji hojně využívat. Dotazovaní klienti uvedli jako hlavní body náplně dne tyto: hygienu, stravování, pracovní terapii, odpočinek, sledování televize, vycházka venku, poslech rádia, krmení zvířat a pití kávy. Samozřejmě také uváděli konkrétní dílny či kroužky, které navštěvují. Ve svém volném čase, mimo pracovní terapie, se dotazovaní klienti věnují sledování televize, sezení u kávy nebo u piva, společenským akcím, odpočinku, poslechu rádia, výzdobě pokoje, procházkám, tančení po pokoji, tvoření z korálek, pletení nebo vyšívaní. Všichni klienti uvedli, že jsou spokojeni s nabídkou aktivit a služeb v domově.

Se změnou legislativy v domově došlo také k zavedení tzv. klíčových pracovníků, kteří by měli být pro klienty jejich důvěrně známou osobou, se kterou mají velmi dobrý vztah, která jim pomáhá při jejich individuálním plánování jejich cílů a která jim popř. pomáhá při zajišťování jejich práv. Zajímalo mně, zda měl klient domova „Srdce v domě“ možnost si tuto důležitou osobu sám vybrat. Z dotazovaných 10 klientů si pouze 4 mohli vybrat svého tzv. klíčového pracovníka („svoji sestřičku“, jak jsou také nazýváni). Přesto s nimi zřejmě mají dobrý vztah, protože v případě, že by byli s něčím nespokojeni nebo by se jim v domově něco nelíbilo, obrátilo by se na ně 6 z 10 klientů.

V závěru rozhovorů jsem se zaměřila na vztah personálu ke klientům a zachovávání klientova soukromí. Zjistila jsem, že personál nikdy nevstupuje do klientova pokoje bez zaklepaní. Ochrana soukromí klientů ale není dostatečně ošetřena při hygieně v koupelně. Pouze

3 z 10 dotazovaných klientů mají svoji koupelnu, ve které se mohou zavřít a zamknout. Ostatní klienti používají společné koupelny. Koupelny jsou samozřejmě vyčleněny zvlášť pro ženy a zvlášť pro muže. Klientky se svěřily, že si při hygieně ve společných koupelnách nemají možnost zavřít, protože jsou zde pouze závěsy, a proto se jim stává, že jim do sprchy někdo další nakoukne nebo vejde.

ZÁVĚR

Z vlastních zkušeností vím, že veřejné mínění o lidech s mentálním postižením je ještě na docela nízké úrovni a velmi těžce se veřejnosti vysvětluje, kdo to člověk s mentálním postižením je a jak se chová. Nejvíce se o těchto lidech dozvíme, když se s nimi setkáme a navážeme s nimi kontakt.

Nastudováním odborné literatury jsem získala znalosti o mentálním postižení, které jsem dále využila pro praktickou část. V teoretické části jsem se tedy pokusila o popsání kvality života v ústavní péči, konkrétně také v domově pro osoby se zdravotním postižením a popsala jsem fungování jednoho z nich a to domova „Srdce v domě“. V praktické části jsem se opírala o názory a pocity dotazovaných uživatelů domova „Srdce v domě“.

Cílem mojí práce bylo nalézt odpověď na otázku: Jak uživatel domova pro osoby se zdravotním postižením „Srdce v domě“ vnímá život v tomto zařízení a zda jej považuje v současné době za dostatečně kvalitní. Na základě svého výzkumu jsem v praktické části popsala život v domově „Srdce v domě“ z pohledu klienta, jeho pocity a možnosti.

Z rozhovorů vyplynulo, že většina klientů je zvyklá žít v ústavní péči, a proto jsou zde zřejmě spokojeni a cítí se tu jako doma. Našli se ale i oblasti, s kterými zde spokojeni nejsou a ty pro mne byly velmi důležité. Zaměřila jsem se na hromadné stolování a večere vydávané v pět hodin. Jelikož se vedení domova zajímalo o můj výzkum, oba tyto problémy jsem jim sdělila a dala návrh na jejich řešení. Vedení domova tyto poznatky vzalo velmi vážně a ihned se o nich začalo jednat. Došlo k tomu, že večere byly posunuty na šestou hodinu a byl dán rozptyl jedné hodiny na vyzvednutí jídla. Klientům se tedy začalo vysvětlovat, že nemusí stolovat všichni zároveň, ale že mají možnost si jídlo vyzvednout vždy během určené hodiny.

Důležitým faktem je, že domov nabízí svým klientům mnoho aktivit, které v dřívější době v domově neexistovaly. Uživatelé domova jsou s těmito aktivitami velmi spokojeni a s nadšením a pýchou mi popisovali, co všechno navštěvují a co vyrábí. Jejich zručnost je až obdivuhodná. Jako by to, co jim bylo upřeno na intelektu, dostali v tvořivosti.

Považovala jsem také za důležité uvést, že v domově existují tzv. klíčoví pracovníci klientů. Bylo ovšem zajímavé zjištění, že si tak důležitou osobu většinou nemůže klient sám vybrat. Toto mé zjištění jsem samozřejmě také diskutovala s vedením domova a bylo mi sděleno, že přidělování klíčových pracovníků je již záležitost minulosti. Nyní už si klienti

klíčového pracovníka mohou vybrat sami, samozřejmě s ohledem na to, aby počet klientů na pracovníka byl přiměřený. Ti klienti, kteří už klíčového pracovníka měli z dřívější doby přiděleného, dostali možnost zvážit, zda by nechtěli klíčového pracovníka vyměnit. Většina klientů si na ně už zvykla a změnu nechtěli.

Zajímavým zjištěním byly také odpovědi na otázky týkající se zachování klientova soukromí. Z odpovědí uživatelů domova vyplynulo, že dochází k porušování jejich soukromí při hygieně ve společných koupelnách. Nachází se zde několik sprch, které používají desítky klientek, ale jednotlivé sprchy jsou zakryty pouze závěsy. Tento problém se momentálně z důvodu velkého množství klientů nedá jinak vyřešit. V budoucnu se ale předpokládá, že by několik klientů mohlo přejít do nové služby Chráněného bydlení a tím by se uvolnily prostory ve stávajícím zařízení. Poté by se přebudovaly mnohalůžkové pokoje na jednolůžkové, maximálně dvoulůžkové a ke každému pokoji by se zbudovalo hygienické zázemí.

Provedený výzkum byl pro mě velmi zajímavý zejména v tom, že jsem zjišťovala pocity a názory lidí s mentálním postižením, žijících v ústavním zařízení. Domnívám se, že málo které zařízení toto u svých uživatelů zkoumá. Přitom právě od nich se mohou dovědět nejvíce informací. Je jen důležité navázat s klientem kontakt a navodit vztah vzájemné důvěry. Nejbližší příbuzní často ani nevědí, jak zařízení funguje a jak se zde klientovi žije. Od personálu bych získala informace pouze zprostředkovaně, a proto jsem za nejvhodnější považovala zeptat se přímo těch, kterých se život v domově pro osoby se zdravotním postižením bezprostředně týká.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] ČÁMSKÝ, P., KRUTILOVÁ, D., SEMBDNER, J., SLADKÝ, P. *Manuál pro tvorbu a zavádění standardů kvality poskytovaných sociálních služeb*. 1. vyd. Praha: Centrum sociálních služeb Praha, 2008. 152 s.
- [2] GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 1. vyd. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931 79-6.
- [3] HENDL, J. *Kvalitativní výzkum*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 407 s. ISBN 80-7367-040-2.
- [4] KOZÁKOVÁ, Z. *Psychopedie*. 1. vyd. Olomouc: Univ. Palackého, 2005. 74 s. ISBN 80-244-0991-7
- [5] KREJČÍŘOVÁ, O. *Estetická výchova mentálně retardovaných*. 1. vyd. Olomouc: Netopejr, 1998. 93 s. ISBN 80-86096-12-2.
- [6] KREJČÍŘOVÁ, O. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 1. vyd. Praha: Eteria, 2002. 126 s. ISBN 80-238-8729-7.
- [7] KYSUČAN, J. *Psychopedie: Teorie výchovy mentálně retardovaných*. Olomouc: Univ. Palackého, 1990.
- [8] MAREŠ, J., MAREŠOVÁ, J. *Bolest a kvalita života u dětí. Text využívaný pro výuku Lékařské psychologie a psychoterapie*. Praha: 1. LF UK
- [9] MATOUŠEK, O. *Ústavní péče*. 2. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství SLON, 1999. 159 s. ISBN 80-85850-76-1.
- [10] MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.
- [11] MÜHLPACHR, P. *Vývoj ústavní péče*. 1.vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2001. 50 s. ISBN 80-210-2512-3
- [12] NOVOSAD, L. *Základy speciálního poradenství*. 2. vyd. Praha: Portál, 2006. 159 s. ISBN 80-7367-174-3.
- [13] PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2005. 629 s. ISBN 80-7254-657-0.

- [14] PIPEKOVÁ, J. a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 1. vyd. Brno: Paido, 1998. 234 s. ISBN 80-85931-65-6.
- [15] ŠVARCOVÁ – SLABINOVÁ, I. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. 3. vyd. Praha: Portál, 2006. 200 s. ISBN 80-7367-060-7.
- [16] VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3.
- [17] Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.
- [18] Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe. 1. vyd. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2002. 112 s. ISBN 80-86552-45-4.

<http://www.srdcevdome.cz/> [cit. 12. 2. 2010]

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

- CNS Centrální nervová soustava.
- IQ Inteligenční kvocient.
- WHO Světová zdravotnická organizace.
- MPSV Ministerstvo práce a sociálních věcí.
- p. o. Příspěvková organizace

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Deklarace o právech mentálně postižených osob

Příloha P II: Ukázka rozhovoru

Příloha P III: Fotodokumentace

PŘÍLOHA P I: DEKLARACE O PRÁVECH MENTÁLNĚ POSTIŽENÝCH OSOB

Vyhlášená na valném shromáždění Organizace spojených národů dne 20. prosince 1971.

Valné shromáždění (2027. plenární zasedání OSN) vyhláší tuto deklaraci o mentálně retardo-
vaných a současně žádá národní a mezinárodní organizace, aby zabezpečily, že tato deklarace
bude sloužit na ochranu těchto práv:

1. Mentálně postižený má mít v nejvyšší možné míře stejná práva jako ostatní lidské bytosti.
2. Mentálně postižený má právo na zdravotní péči a vhodnou fyzikální terapii, jakož i na takovou výchovu, readaptaci a vedení, které mu umožní rozvinout v maximální možné míře jeho možnosti a schopnosti.
3. Mentálně postižený má právo na ekonomické zabezpečení a slušnou životní úroveň. Má plné právo podle svých možností produktivně pracovat nebo se zabývat jinou užitečnou činností.
4. Pokud je to možné, má mentálně postižený žít v kruhu své vlastní rodiny nebo v rodině opatrovníka a účastnit se různých forem společenského života. Proto má být rodině, ve které žije, poskytována pomoc. Je-li jeho umístění do specializovaného zařízení potřebné, mají být prostředí a podmínky života v něm tak blízké normálním podmínkám života, jak je to jen možné.
5. Mentálně postižený má právo na kvalifikovaného opatrovníka, pokud to vyžaduje ochrana jeho dobra a zájmů.
6. Mentálně postižený má právo na ochranu před jakýmkoli vykořisťováním, zneužíváním nebo ponižujícím zacházením. Je-li předmětem soudního stíhání, má mít právo na zákonný proces s plným uznáním svého stupně odpovědnosti, který vyplývá z jeho mentálního stavu.
7. Jestliže někteří postižení nejsou schopni účinně využívat souhrnu svých práv v důsledku hloubky svého postižení a jestliže se ukáže potřeba omezit tato práva buď částečně, nebo úplně, pak musí postup

používaný za účelem omezení nebo zrušení těchto práv chránit postiženého zákonně proti jakékoli formě zneužití. Tento postup by měl být založen na hodnocení kvalifikovaných znalců, kteří by posoudili sociální způsobilost postiženého. Omezení nebo zrušení práv má být podrobena periodickým revizím a musí být odvolatelné u vyšších institucí.

PŘÍLOHA P II: UKÁZKA ROZHOVORU

Rozhovor č. 1

Paní D. M. V domově pro osoby se zdravotním postižením „Srdce v domě“ žije 32 let. Bydlí na jednolůžkovém pokoji. Má 52 let, lehké mentální postižení a nikdy nežila v rodině.

„Dobrý den, mohu Vás na chvíli vyrušit a vstoupit do Vašeho pokoje?“

„Dobrý den. Ano můžete. Co potřebujete?“

„Jdu za Vámi s prosbou, jestli byste byla ochotna mi věnovat asi půl hodinky Vašeho času? Jedná se o to, že studuji ve Zlíně vysokou školu a jelikož jsem v posledním ročníku, musím zpracovat závěrečnou práci. Chtěla bych popsat, jak se vám klientům tady v domově žije, jak se tu cítíte, s čím jste spokojeni a s čím nejste spokojeni. Zajímají mě vaše názory. Práce se bude jmenovat celým názvem Kvalita života uživatelů domova pro osoby se zdravotním postižením „Srdce v domě“. Byla byste tedy ochotna mi odpovědět na několik otázek o Vašem životě tady?“

„To víte, že jo. Tak Vy chodíte ještě do školy?“

„Ano chodím.“

„Takže já Vám budu dávat jednoduché otázky. Vůbec ničeho se nemusíte bát. Pokud byste na některou otázku nechtěla odpovídat, tak nemusíte. Anebo pokud byste už nechtěla vůbec pokračovat v otázkách, tak mě zastavte. Nikde nebude uvedeno Vaše jméno.“

„Dobře.“

„Ještě než začneme, nebude Vám vadit, když si naše povídání budu nahrávat na tento přístroj, který se jmenuje diktafon? Nahrávka bude jen pro moji potřebu.“

„Nebude, klidně si to nahrajte.“

„Tak začneme první otázkou, ano?“

„Dobře“

„Vzpomenete si, jak dlouho žijete v tomto zařízení a kde jste žila předtím, než jste přišla sem?“

„Už to bude 32 roků, co jsem sem přišla. Předtím jsem byla v internátě v Jihlavě a v internátě v Třešti a pak jsem došla sem.“

„Líbí se Vám tady?“

„Líbí se mi tady, mám se tu dobře.“

„A co se Vám tady líbí? Co Vás tu těší?“

„Líbí se mi, že můžeme chodit sami ven, že se můžeme dívat na televizi i večer se díváme, když už jsme v posteli. Když tu byly řeholní sestry, to se nemohlo. Líbí se mi taky, že jez-
díme na nákupy a že si můžu vybrat, co chci.“

„Je zde něco, co se Vám tady nelíbí?“

„Nic. Všechno se mi tady líbí.“

„Ani byste tady nic nezměnila nebo nezrušila byste tady něco?“

„Asi nic.“

„Co tady máte zakázáno? Je něco, co byste chtěla dělat, ale tady to nesmíte dělat?“

„Nemáme tady nic zakázáno. Já můžu všechno.“

„Víte, že už se to tady nejmenuje ústav, ale domov „Srdce v domě“. Zlepšilo se něco v tomto zařízení po změně ústavu na domov?“

„Teď je to mnohem lepší.“

„Co se změnilo?“

„Můžeme chodit ven sami, to jsme dřív nemohli a dali nám občanky.“

„Jak se ráno budíte? Můžete si rozhodovat sami, kdy ráno vstanete?“

„Sama vstanu.“

„Můžete si sami rozhodnout, kdy půjdete jíst?“

„To si nemůžeme sami rozhodnout.“

„Chodíte jíst samostatně nebo všichni zároveň?“

„Chodíme všichni zároveň.“

„Dokážete mi říct, o čem si tady můžete sama rozhodovat?“

„Můžu si třeba sama rozhodnout, že toužím jít bydlet do domečku, to si můžu sama rozhodnout.“ **„Chtěla byste jít do domečku do chráněného bydlení?“** „Jo, chtěla bych žít s mým přítelem.“

„Popište mi, jak probíhá Váš běžný den tady? Co tady děláte během dne?“

„Tak ráno vstanu, osprchuju se a pak sprchuju další děvčata tady na oddělení, potom jdeme na snídani a po snídani vyšívám nebo dělám na skalce, pak je oběd a po obědě odpočívám, dívám se na televizi, dám si kávu a potom jdu ven nebo se zase dívám na televizi. Potom je večer, zase pomáhám umývat děvčata a pak se osprchuju já a než jdu spát, tak se ještě dívám na televizi.“

„Co ráda děláte ve Vašem volném čase?“

„Dívám se na televizi večer do půl desáté. Taky jsem ráda, když si jdeme sednout na kávu nebo na pivo. Mám ráda akce, jako jsou tancovačky nebo chatování.“

„Jste spokojena s nabídkou aktivit a služeb, které Vám domov nabízí?“

„Ano jsem spokojena. Dělám to, co mě baví.“

„Cítíte se tady jako doma?“

„Jo, ale lepší by to bylo v domečku.“

„Vím, že tu máte každý svého tzv. klíčového pracovníka, který Vám tu pomáhá a stará se o vaše záležitosti. Vy jste si svého klíčového pracovníka („svoji sestřičku“) vybírala sama? Nebo Vám někdo přidělil tzv. klíčového pracovníka?“

„Já jsem si sama nevybírala, přidělili mi jednu sestřičku.“ **„A nechtěla byste jinou pracovníci?“** „Ne už jsem na ni zvyklá.“

„Když potřebujete s něčím pomoci, na koho se obrátíte?“

„Na klíčového pracovníka.“

„Kdyby se Vám tu něco nelíbilo nebo byste byla s něčím nespokojena, komu byste to řekla?“

„Taky klíčovému pracovníkovi.“

„Klepou zaměstnanci při vstupu do Vašeho pokoje?“

„Ano klepou.“

„Vím, že máte někteří společné koupelny na chodbách. Používáte taky tuto společnou koupelnu?“

„Ne mám u pokoje svoji koupelnu.“ „Tak tam si asi můžete zamknout nebo zavřít dveře?“ „Tam se můžu zavřít.“

„Tak ještě tu mám poslední otázku.“

„Máte možnost si rozhodnout, jaké oblečení si oblečete?“

„Ano rozhodnu se sama, co si obleču.“

„Moc Vám děkuju za ochotu odpovídat mi a za Váš čas. Moc jste mi pomohla.“

„To jsem ráda.“

„Mějte se pěkně, nashledanou.“

„Nashledanou.“

PŘÍLOHA P III: FOTODOKUMENTACE



Logo domova „Srdce v domě“



Část budovy domova



Společenská místnost klientů

